

SUL

SECONDO PREMIO RIBERI

RELAZIONE

DELLA

COMMISSIONE ESAMINATRICE

NOMINATA

Dalla Reale Accademia Medico-Chirurgica di Torino

nella Seduta del 10 gennaio 1868.



TORINO

TIPOGRAFIA C. FAVALE E COMPAGNIA

1869



PROVINCIA DI TORINO
BIBLIOTECA

Legato **Anselmi**

OA. - b -

10

Allo stimato Collega e parente
Medico Anselmi di Valperga.

Marchiardi Medico Direttore
dello Spedale milite Gio: d: Forin

SUL
SECONDO PREMIO RIBERI
RELAZIONE

DELLA
COMMISSIONE ESAMINATRICE
NOMINATA

Dalla Reale Accademia Medico-Chirurgica di Torino

nella Seduta del 10 gennaio 1868.



SECONDO PREMIO LIBERALE

MEMORIA DEL 1890

COMMISSIONE ESAMINATRICE

NOMINATA

Dalla R. Accademia delle Scienze e Lettere di Torino

Nella Sessione del 10 gennaio 1891

[Faint, illegible text, likely the body of the award or report]

SECONDO PREMIO RIBERI

Triennio 1865-66-67

PROGRAMMA.

Lego la somma necessaria in rendita del 1849 perchè, ogni triennio, si possa dare un premio di L. 20,000 dall'Accademia R. di Medicina che ho contribuito a formare, sicchè i premii abbiamo ad essere sette, e quindi per la durata di anni 21.

Testamento RIBERI.

Pel concorso al secondo premio di lire 20,000 istituito dal fu commendatore professore Alessandro Riberi, la R. Accademia di Medicina di Torino ha, per gli anni 1865-66-67, determinato quanto segue:

1° Saranno ammessi al concorso suddetto tutti i lavori di *Medicina operativa* pubblicati per la prima volta nel triennio del concorso, o manoscritti;

2° I lavori saranno in lingua italiana, o francese, o latina; gli stampati saranno inviati in doppio esemplare;

3° Il Concorrente con manoscritto sarà libero di palesare o celare il suo nome. In questo secondo caso il suo nome sarà indicato entro una scheda sug-

gellata e consegnata secondo l'uso, con parole ripetute in fronte al manoscritto;

4° I lavori, franchi di spesa, saranno inviati all'Accademia durante il triennio, e non dopo il 31 dicembre 1867;

Gli Autori accenneranno, in quell'occasione, i punti più importanti su cui amano fissata di preferenza l'attenzione dell'Accademia;

5° Le opere stampate resteranno all'Accademia. Trattandosi di manoscritti, l'Autore, facendosi conoscere dall'Ufficio della Presidenza, potrà, a proprie spese, ricavarne copia;

6° La Commissione esaminatrice e relatrice delle opere presentate sarà tratta dal seno dell'Accademia;

7° L'Accademia emetterà il suo giudizio pel conferimento del premio, che sarà, per quanto è possibile, entro il primo semestre successivo alla chiusura del concorso;

8° Saranno esclusi dal concorso quelli che avranno preso parte o intendano di prenderla in qualche modo al giudizio di cui si tratta;

9° La relazione della Commissione, e il giudizio dell'Accademia, saranno resi di pubblica ragione nel suo Giornale o ne' suoi Atti.

NB. Si pregano i giornali italiani e stranieri a volere ristampare, per la maggior possibile pubblicità, questo programma.

Torino, 1 gennaio 1865.

A. ZAMBIANCHI

Segretario Generale.

DEMARCHI GIOVANNI

Presidente dell'Accademia.

NOTA

DELLE OPERE PERVENUTE ALL'ACCADEMIA

pel 2° concorso Riberi - triennio 1865-66-67

Data

della presentaz.

- Luglio 1865. — **GRENET** A. Doct. en médecine. — De l'hystérocautomie — nouvelle méthode chirurgicale pour la guérison des déviations utérines. — Paris, 1865.
- Dic.bre 1865. — **BOINET** A. A. — Iodothérapie. ou de l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés, etc. 2^{me} édition. — Paris 1865 con lettera dell'autore.
- Luglio 1866. — **COPELLO** Dott. Giovanni. — Della trasfusione del sangue umano, considerata come rimedio eroico dell'anemia idiopatica — Milano 1865. — Con lettera dell'autore.
- Luglio 1867. — **MARCACCI** Dott. Giosuè. — Settantatre nuovi sperimenti fatti con alcuni coagulanti il sangue e più particolarmente col percloruro ferro-manganico — Considerazioni intorno alla più comune maniera di guarigione degli aneurismi corredate da 140 osservazioni pratiche. — Siena 1867.
- Ottobr. 1867. — **BERAUD** Doct. B. J. — Atlas complet d'anatomie chirurgicale topographique pouvant servir de complément à tous les ouvrages d'anatomie chirurgicale, composé de 109 planches représentant 162 figures. — Paris, 1865. — Con una nota manoscritta dell'autore.
- Nov.bre 1867. — **LANCEREAUX** Doct. E. — Traité historique et pratique de la Syphilis. — Paris, 1866.
- Dic.bre 1867. — **TOSCANO** Dott. Antonio — 1° Trattato pratico degli stringimenti organici dell'uretra — nuovi concetti clinici per novelli strumenti e corrispondenti processi — con figure inserite nel testo. — Catania 1867.

Data
della presentaz.

Dic. bre 1867. — 2° Sullo spezzamento delle grosse pietre in vescica per la via artificiale del perineo. — Litotrizia perineale per mezzo di due nuovi strumenti — Nuovo apparecchio emostatico per ovviare all'accidente emorragico in seguito della cistotomia. — Catania 1867.

Id. — **PARRAVICINO** Dott. Raimondo di Como. — Storie di gastro-isterotomia. — Como 1866.

Id. **SCHEDA SUGGELLATA** colla epigrafe:

« La mente è la miglior guida dell'operatore. »

— Cistotomia o Litotrizia — memoria manoscritta portante per epigrafe ripetuta in scheda suggellata — « *La mente è la miglior guida alla mano dell'operatore.* »

Id. — **BORELLI** Dott. Gian Battista — 1° Raccolta di osservazioni clinico-patologiche, — Volume 2° 1854-67. — Torino 1867.

— Nuova raccolta di ernie strozzate ridotte colla *taxis* incruenta dal settembre 1866 a tutto il 1867, e risposta ad alcuni giudizi sulla *taxis* incruenta — 2 copie del num. 52 della *Gazzetta medica* di Torino, 1867.

— 3° Rischiarimenti ai signori Accademici (manoscritto).

— 4° Della riduzione incruenta delle ernie inguino-crurali strozzate. — 2ª edizione riveduta ed aumentata dall'autore. — Torino 1867.

Id. — **LARGHI** dott. Bernardino — 1° Clinica chirurgica — 1862-67.

2° Breve esposizione dei lavori in chirurgia — manoscritto.

Id. — **GIORDANO** prof. Scipione — 1° *Urgentiora et frequentiora artis.* — Piccolo breviario tascabile ad uso dei sanitari d'Italia. — Milano 1866.

2° Des vomissements incoërcibles pendant la grossesse — Paris 1866.

3° Della perdita involontaria di urina per fistola genito-urinaria — Considerazioni e proposta di cura — Torino 1867.

4° Fascicolo del 30 settembre 1865 del *Giornale dell'Accademia di Medicina di Torino*; con lettera dell'autore.

Data
della presentaz.

Dic. bre 1867 — **GRITTI** dott. Rocco. — 1° Delle fratture del femore per arma da fuoco studiate sotto il punto di vista della chirurgia militare — Memoria — Milano 1866.

2° Resezione intrabuccale e sotto periosteale della mandibola inferiore mercè un nuovo processo operativo con osservazione clinica. — Milano 1867.

3° Delle operazioni che si praticano sott'acqua allo scopo di evitare l'azione dell'aria sulle superficie cruentate, sulle cavità chiuse e sulle cavità suppuranti. Nuovo metodo e processi operativi proposti e praticati dall'autore. — Manoscritto.

4° Dell'ottalmoscopio e delle malattie endoculari per esso riconoscibili. — Trattato teorico-pratico con 6 tavole litografate — Milano 1866.

5° Dell'amputazione del femore al terzo inferiore e della articolazione del ginocchio, ecc. — Milano 1857.

6° Caso di amputazione sopracendiloidea del femore col metodo del dott. R. Gritti — Lettera del dott. Gio. Melchiorj — Milano 1867.

7° Caso di morte istantanea per embolismo dell'arteria polmonale. — Milano 1863.

8° Saggio di una tavola nosologica, statistica e terapeutica per uso degli spedali militari in tempo di guerra. — Milano 1866.

Id. — **LEGROS** doct. Victor. — 1° Difficultés de la trachéotomie — Mémoire couronné par la société médico-chirurgicale de Liège au concours de 1866. — Liège 1867.

2° Du traitement des adénites — Mémoire couronné par l'Académie Impériale de médecine (prix Goudard) dans la séance du 13 décembre 1864 — avec 3 figures intercalées dans le texte. — Paris 1865.

3° Médecine opératoire — Concours pour le prix Ribéri — Résumé des travaux de l'auteur appartenant à la période triennale 1865-67. — Manoscritto con lettera.

Id. **PETRILLI** dott. Raffaele. — 1° Modifica dello sciringone e del cistotomo per l'operazione della pietra — 2 copie della *Riforma clinica* di Napoli, num 9 1867, col relativo strumento.

2° Primo uretrotomo esterno — Manoscritto.

Dic. bre 1867 — **BERTOLINI** dott. Giuseppe — Sunto iconografico sulla ottalmiatria, cistotomia ed angiosindesmologia. — Manoscritto in 4 fascicoli. — Chieti 1867.

Id. — **MARTINENG** doct. — 1° Trait d'union scientifique entre la contagion, et la non contagion cholérique, manoscritto con lettera dell'autore.
 2° Supplément au choléra de Toulon, de 1835, à propos de l'épidémie de Marseille de 1865.
 3° Addition au choléra de Toulon de 1835.
 4° Appendice au choléra de Toulon de 1835.
 5° Vaccine — manière de vacciner pour empêcher les insuccès et les résultats funestes qui suivent la suite du mode ordinaire, 1867.

Id. — **BRUNS** prof. Victor. — 1° La laringoscopie et la chirurgie laryngoscopique — avec un atlas de huit planches. — Tubingue 1865 — Manoscritto in 3 parti coll'originale « *Die Laryngoskopie und die laryngoskopische chirurgie von Victor von Bruns — mit einem Atlas von acht Tafeln, Tübingen 1865.*

— Nachtrag zu meiner Schrift, Die erste Ausrottung eines Polypen in der Kehlkopfhöhle etc. von Victor v. Bruns. — Tübingen 1863 (3 copie).

— Die Laryngoskopie und die laryngoskopische chirurgie von Victor v. Bruns. — Tübingen 1865.

— Atlas zur Laryngoskopie und laryngoskopischen Chirurgie von Victor v. Bruns. — Tübingen, 1865.

— Die erste Ausrottung eines Polypen in der Kehlkopfhöhle, ecc. Tübingen 1862 (3 copie).

2° Cassetta contenente gli strumenti relativi alla laringoscopia ed alla chirurgia laringoscopica, con lettera dell'autore.



REALE ACCADEMIA DI MEDICINA

SUL

SECONDO PREMIO RIBERI

RELAZIONE

della Commissione esaminatrice
nominata dalla R. Accademia Medico-Chirurgica di Torino

nella Seduta del 10 Gennaio 1867

ONOREVOLI SOCI

La Commissione cui vi piacque di commettere l'esame delle Opere sulla chirurgia operativa, state inviate per il concorso al secondo premio-Riberi, avendo compiuto il suo mandato, ho l'onore di farvene la Relazione generale, e mi gode sommamente l'animo di essere io stato chiamato a questo gradito ufficio che mi somministra una desiderata occasione di rendere un postumo omaggio alla cara e venerata memoria dell'insigne professore Riberi, gloria ed ornamento di questa R. Università degli studi, e della nostra R. Accademia di cui fu uno dei benemeriti fondatori.

L'ordine più naturale nel riferire successivamente sopra i lavori dei candidati sarebbe evidentemente stato quello di distribuirli per gruppi simili a seconda della materia o argomento loro, e giusta così fatta distribuzione procedere; ma ne fui distolto da che vari fra i candidati presentarono al concorso lavori sopra materie essenzialmente differenti, per cui, rimandando i singolari relativi apprezzamenti a punti segregati della Relazione generale, sarebbe riescito malagevole agli uditori il riassumerli mentalmente per formarsi un concetto complessivo sul merito dei vari lavori di uno stesso candidato.

Non credendo neppure conveniente di prendere per norma

il relativo valore scientifico delle opere dei concorrenti, come che un tale sistema sarebbe stata l'anticipazione di un giudizio individuale sul merito loro relativo, ed avrebbe potuto giustamente destare la suscettibilità di taluni di essi; giudicai migliore consiglio seguire l'ordine cronologico della presentazione delle opere alla R. Accademia, che è quello stesso stato adottato dall'ufficio della Presidenza nella compilazione dell'elenco stampato, che fu a ciascuno di noi distribuito.

Nell'esordire invoco, onorevoli soci, l'indulgenza vostra, di cui molto sento il bisogno ed, ove non avessi, nella grave elucubrazione, soddisfatto alle vostre aspettative, dovrete ciò piuttosto ascrivere ad insufficienza mia, che non a difetto di operosità e di buon volere.

A.

Dell'isterocautomia, nuovo metodo chirurgico per la guarigione delle deviazioni uterine del dott. Grenet medico dell'ospedale di Barbezieux. Parigi 1865 (articolo in francese estratto dalla Gazzetta degli ospedali).

Il dott. Grenet, premesse, nel suo articolo, alcune generalità intorno alla frequenza delle affezioni uterine, ai vulgari errori e pregiudizi nel determinarne la natura e le cause, all'empirismo ed anche all'influenza della moda nella cura, non di rado effettuata da mammane e da pseudo-medici d'ambi i sessi, osserva come anche l'abile pratico versi in non poca difficoltà nel ricondurre l'utero deviato alla naturale sua posizione e come bene spesso non ne venga a capo, a malgrado dei più razionali metodi di cura e dell'uso d'istrumenti i più ingegnosi a tal uopo inventati.

Egli ha convinzione che nessuno dei metodi e nessuno degli istrumenti inventati abbiano finora corrisposto all'aspettativa. Riconosce lodevoli tutti i tentativi fatti in tale direzione e non si lusinga che il metodo da lui adottato formante oggetto del presente scritto sia per rispondere a tutte le indicazioni. Ne ottenne però così soddisfacenti risultati da fargli sperare che esso sia chiamato a rendere importanti servizi ai ginecologi.

Distingue la deviazione uterina dalla flessione. Vi è devia-

zione quando la direzione del corpo dell'utero non corrisponde all'asse del distretto superiore della pelvi, e la direzione del suo collo non corrisponde all'asse del distretto inferiore.

Siccome normalmente l'asse dell'utero non è quello del suo collo, così vi sarebbe flessione quando si riscontrasse uno stesso asse nella loro direzione, oppure quando l'angolo formato dai due assi eccedesse il limite naturale. Come la deviazione può essere anteriore, posteriore e laterale, così pure si può avere un'anteflessione, retroflessione e lateroflessione, e flessioni intermedie.

Il vero grado di deviazione e di flessione non può essere realmente riconosciuto che mediante la sonda uterina che esige molta precauzione nel suo uso e deve essere rigettata nei casi sospetti di gestazione.

Se l'isteroloxia passa talora inavvertita in molte donne, in molte altre è accompagnata da gravi disordini funzionali, che reclamano istantemente i soccorsi dell'arte.

Dopo avere con molta dottrina svolta la parte diagnostica delle varietà di questa malattia e dimostrate le gravi conseguenze che ne derivano, ne riconosce la patogenia tanto nel rattrappamento quanto nel rilassamento dei legamenti antagonistici dell'utero senza escludere le varie alterazioni organiche, quali il rammollimento dell'orifizio interno, e la degenerazione grassosa del parenchima dell'utero come vuole lo Scarzoni, e le altre alterazioni isto-patologiche ammesse dal Robin ed altri che, qualunque esse siano, finiscono per cagionare col tempo un restringimento dell'orifizio interno e una dilatazione dell'orifizio esterno dell'utero. Egli porta convinzione che le flessioni del collo danno frequentemente luogo alle deviazioni del corpo dell'utero e che esse sono in ultima analisi dovute all'influenza meccanica di aderenze, di cicatrici viziose e ad una specie di ritrazione del tessuto cellulo-fibroso sotto-mucoso.

Così le aderenze che trovansi in uno dei punti della periferia dell'utero, le briglie del tessuto cellulare pero-uterino formate nella parte sotto-vaginale del collo o nello spessore delle membrane, le cicatrici del muso di tinca possono, per una trazione meccanica, far piegare l'utero dalla sua naturale direzione e dar luogo alla sua obliquità.

Da quest'eziologia fu l'autore condotto ad immaginare il

metodo della cura, la cui utilità fu poscia dimostrata dai risultati conseguiti dalla sua applicazione,

Il fatto osservato dall'Amussat che le cauterizzazioni praticate al collo dell'utero di una donna per ulcerazioni ivi esistenti erano riuscite a correggere una deviazione posteriore dell'utero dalla quale essa andava in pari tempo affetta, e ciò in grazia della formazione di cicatrici e briglie alla faccia posteriore del collo ed alla vagina, fece nascere nell'autore l'idea di imitare quest'opera della natura medicatrice adoperando il caustico nella retroversione dell'utero, e l'esito corrispose alla sua aspettazione.

Avvedendosi ben tosto come fosse cosa assai difficile regolare l'azione dei caustici potenziali in modo che non riescisse nè eccessiva nè insufficiente, si determinò ad effettuare la recisione della membrana vaginale o del collo, come si pratica la recisione della congiuntiva palpebrale per correggere l'etropio, ma ne fu anche scoraggiato dal vederne conseguire la peritonite, non che dal pericolo dell'emorragia che riesci fatale in un caso osservato dal Blandin.

Allora pensò il dott. Grenet al modo di distruggere una porzione di mucosa senza ricorrere al taglio onde cansare i due temuti inconvenienti. Di qui il suo partito di valersi del caustico attuale al quale tanto più volentieri si determinò in quanto che il Jobert da 35 anni applica con vantaggio il caustico attuale sull'orifizio ulcerato dell'utero, ed è senza preoccupazioni seguito in questa via da molti ginecologi per altre indicazioni.

È da osservarsi che avendo il dottore Grenet abbandonato il taglio, ossia l'escisione per valersi unicamente della cauterizzazione, non si potrebbe ritenere guari come appropriata la denominazione di *isterocautomia* data dall'autore alla sua pratica, come che tal nome dia concetto di taglio e caustico assieme riuniti.

Ecco il processo operativo. L'isterocautomo ha una lunghezza totale di 36 centimetri; di questi, 5 spettano al cauterio che ha la forma di cucchiaino; l'asta 20, il manico 9 (facendo la addizione si ha 34 in totalità e non 36 come scrive l'autore); il cucchiaino ha la forma di mezzaluna e presenta una superficie concava, un'altra convessa ed una estremità piana. La faccia convessa è di 37 millimetri; l'estremità i di cui mar-

gini sono ad angolo retto, offre 7 millimetri di spessore al suo centro, e va via via decrescendo.

Il cauterio vuol essere scaldato al rosso bianco e colla scorta dello *speculum* quadrivalve di Segalas, colle solite norme si applica tostamente per due minuti secondi sulla linea di separazione della membrana vaginale e del collo, facendo in modo che il cauterio esattamente con quello combaci. La superficie concava del cucchiaino deve guardare la regione rettale nell'antiversione e la vescicale nella retroversione. Se in questa parte del lavoro s'incontra qualche oscurità se ne appunti l'autore, essendo colle sue parole esposta la presente descrizione.

Le operate ordinariamente non provano dolore. L'effetto caustico si estende per 15 millimetri al di là della circonferenza della mezzaluna; la scottatura è di terzo grado, e l'escara che induce discende alle proporzioni dello stromento, si distacca dall'8° al 15° giorno; la superficie granulosa che vi succede si ripara e volge a cicatrice in un tempo che è subordinato allo stato della costituzione fisica della donna ed alla natura ed intensità delle affezioni locali concomitanti. Ma a misura che il tessuto di cicatrice si produce, quelli circostanti vengono retratti, il collo uterino si abbassa nel senso dell'asse della vagina, e con maggiore lentezza viene l'utero a rialzarsi. Le conseguenze dell'operazione non furono mai gravi in 20 casi di isterocautomia dall'autore praticata, dei quali riferisce per sunto la storia; tutte le flessioni del collo guarirono e furono sette; così pure sei obliquità dell'utero; in due di antiversioni l'esito fu completo, in altre due affatto negativo.

Nei sunti storici l'autore è così laconico, stringato e parco di spiegazioni, che non è possibile il formarsi un proprio criterio sul loro reale valore.

Se si osservi che le deviazioni nell'utero nella generalità dei casi, si correggono o si riducono ad uno stato tollerabile rimuovendo quei mali cui è associata la mala posizione, e che lo imbrigliare il collo dell'utero con tessuto di cicatrice ad arte prodotto non serve se l'utero è tratto fuori di sito da aderenze, si dovrà aver per molto ristretto il campo dell'*isterocautomia*. Se colla deviazione coesiste la congestione cronica del collo, la cauterizzazione potrebbe trovare indicazione,

in quanto che, mentre corregge la prima, favorisce la risoluzione della seconda.

Se il metodo proposto dall'autore è di limitata applicazione torna però d'incontestabile utilità in determinate contingenze pratiche. Importa però osservare che la prima idea dell'applicazione dei caustici per soddisfare alla speciale indicazione delle deviazioni uterine appartiene indubitatamente ad Amussat che ne faceva comunicazione all'Accademia delle Scienze di Parigi nel 1850; sebbene questi più particolarmente si servisse del caustico potenziale, mentre il Grenet propone l'attuale; il merito dell'autore si riduce adunque in ultima analisi, alla sostituzione del caustico attuale al potenziale per la stessa indicazione, cioè alla modificazione della pratica dell'Amussat già da molto tempo conosciuta e sperimentata.

II.

Iodothérapie ou de l'Emploi Médico-Chirurgical de l'Iode et de ses composés, et particulièrement des injections et des badigeonnages iodés per le dott. Boinet. — Paris 1865.

Questo lavoro sull'uso del iodio nella terapeutica medico-chirurgica del dottore Boinet, è la seconda edizione di una sua opera colla stessa intitolazione, già pubblicata dieci anni prima, cioè nel 1855.

Da tale intitolazione si rileva facilmente che l'autore non ebbe di mira speciale la trattazione dell'argomento della chirurgia operativa, che forma il programma del secondo premio Riberi, ma piuttosto lo studio e la dimostrazione dell'efficacia del iodio e de' suoi composti per uso interno ed esterno in moltissime malattie per natura e grado differenti. Evidentemente il lavoro del Boinet appartiene più particolarmente alla materia medica e terapeutica in generale, che non specialmente alla chirurgia operativa.

Per queste ragioni, simile opera potrebbe considerarsi come fuori del programma del presente concorso e la Commissione già propendeva a non farne soggetto di relazione speciale all'Accademia, e vi si determinò nella sola considerazione, che in alcuni capitoli dell'opera, trattandosi delle iniezioni iodate nelle varie cavità naturali o patogeniche, l'argomento entra parzialmente nella materia del concorso.

Conviene perciò prescindere dal riferire intorno alle dottrine già emesse dall'autore nella precedente sua edizione del 1855 e già conosciute sugli effetti fisiologici e terapeutici di questo metalloide, intorno alle sue preparazioni, al dosaggio, al modo di propinazione, all'azione terapeutica contro la scrofola, la siflide, gli infarcimenti viscerali, tumori induriti e simili.

Il dottore Boinet ha innegabilmente contribuito assai a volgarizzare e rendere più famigliari le iniezioni iodate nella patologia medica e chirurgica, e questo è il principale suo merito; vero è poi che il suo lavoro è per la massima parte una succinta riproduzione ragionata e valutata di quanto trovassi sparso nella letteratura medico-chirurgica sopra tale argomento, dove incontransi particolarmente i nomi di Coindet, Courtois, Chantin, Cantù, Grange, Lugol, Velpeau, Bennet, Malgaigne, Aran, Trousseau, Chassegnac Maisonneuve, Nélaton e del nostro Borelli.

Il lavoro del Boinet è la più compiuta e forse la migliore monografia che possiede la letteratura nostra intorno alle applicazioni iodiche nella terapeutica medico-chirurgica. Nulla a lui è sfuggito di quanto fu pubblicato sull'argomento dalla scoperta del iodio fino al presente. Egli andò via via raccogliendo in sunto quanto si andò pubblicando nelle opere e nelle effemeridi scientifiche sopra le applicazioni terapeutiche del iodio, ne fece sperimento, ne riferì i propri risultati con storie ben redatte, seguite da savi ragionamenti e da legittime conclusioni che lo dimostrano attento osservatore, medico fortunato e destro operatore.

Non andrò raccontando le singole applicazioni terapeutiche del iodio perchè direi cose già a voi note, e per la massima parte già fatte conoscere dallo stesso Boinet nella prima edizione della presente sua opera la quale piuttosto può servire a commemorazione di cose lette e studiate anzichè ad insegnamento di nuove.

A chi volesse conoscere esattamente la storia del iodio incominciando dalla sua scoperta sino alle ultime sue applicazioni terapeutiche, potrebbesi consigliare la lettura di questa opera del Boinet, che certo sarebbe soddisfatto nel proprio intento, nè altronde potrebbe trovare di meglio.

Le presenti lodi non possono però assolverlo da un ap-

punto in cui incorsero pressochè tutti i monografi di singoli medicamenti, e quello si è di procedere di troppo oltre nell'apologia fino a raggiungere l'esagerazione.

Si può dire che il Boinet fece del iodio la vera panacea della terapeutica medico-chirurgica. Egli è apologista della pratica del Velpeau delle iniezioni jodate nel sacco delle ernie per la loro cura radicale; dichiara sovrano rimedio le stesse iniezioni contro gli ascessi freddi sintomatici e quelli per congestione, preferibili esse all'incisione ed all'escisione nella cura radicale delle fessure e fistole anali; il iodio presidio preventivo e curativo dell'infezione purulenta, neutralizzatore dei virus e dei veleni e rimedio del cancro e delle affezioni cancerose. Che si può dire di più?

La Commissione fu concorde nel conchiudere:

1° Che quest'opera avendo più specialmente per argomento la materia medica e la terapeutica che non la chirurgia operativa, è per la massima parte fuori del programma del presente concorso.

2° Che in essa non sono rivelati fatti nuovi di notevole importanza, ed i metodi curativi preconizzati da anni conosciuti, non possono costituire un recente progresso nella chirurgia operativa da computarsi a suo merito.

C.

Della trasfusione del sangue umano considerata come unico rimedio dell'anemia idiopatica — Memoria del Dott. Giovanni Copello.

La memoria è estratta dal volume 195° degli Annali universali di Medicina; fascicolo del mese di giugno 1865. La leggeva già l'autore nell'anno 1855, alla Società Medica di Lima e la spediva poi ai suoi Colleghi dell'Accademia Fisico-Medico-Statistica di Milano nello scopo, egli dice, di sottomettere nuovamente al giudizio dei dotti il grave argomento della trasfusione del sangue umano, e lo stromento da lui immaginato per la sua effettuazione; lamentando di non poter aggiungere al suo scritto la storia di alcuni sperimenti, attese le difficoltà incontrate nell'intraprenderli.

Noi ignoriamo se, dopo la lettura di questa memoria nel 1855 alla Società Medica di Lima sia essa stata pubblicata

per le stampe prima del 1865 quando fu inserita negli Annali Universali di Medicina di Milano. In caso affermativo l'Autore non avrebbe diritto al presente concorso.

È da credere che ciò non sia stato, perciocchè, non ignorando l'Autore come fra le condizioni del programma al presente concorso siavi quella che le Opere debbano essere inedite, non sarebbesi egli, in tal caso, presentato candidato.

Resta l'altro fatto, se la presentazione e lettura della stessa memoria nell'anno 1855 alla Società Medica di Lima, che probabilmente l'avrà compresa nei rendiconti stampati o non delle proprie sedute, sia da ritenersi come cosa equivalente alla pubblicazione, per cui l'autore più non trovisi in diritto di prender parte al presente concorso.

I Membri della Commissione non furono tra loro pienamente consenzienti a tale riguardo, e deliberarono di sottoporre la questione al giudizio di questa Reale Accademia la quale stimerà forse cosa opportuna il risolverla sotto l'aspetto di un principio che può formare un precedente nella valutazione dei titoli dei candidati al presente od ai futuri concorsi, che fossero per trovarsi in analoghe condizioni.

Il presente lavoro, solo per l'ultima sua parte potrebbesi considerare entro i termini del Programma del concorso, vale a dire dove l'autore propone una sciringa che dice da lui immaginata, per eseguire la trasfusione del sangue umano, costrutta in tale guisa da ovviare ai principali inconvenienti di simile delicata operazione.

Il restante della memoria dell'estensione di 77 pagine concerne alla storia della trasfusione sanguigna, ai risultati sperimentali in vari tempi ottenuti dai pratici che se ne occuparono, che l'autore ebbe cura di raccogliere nella letteratura dell'arte nostra, e contiene perfino molte sagge e pregevoli considerazioni intorno alla dottrina delle anemie; il che essendo piuttosto argomento di Patologia speciale che non di chirurgia operativa sulla quale più propriamente verte il concorso, crede la Commissione dovere astenersi dal farne speciale estimazione.

Entra, dissimo, l'autore nel programma del presente concorso coll'ultimo paragrafo della sua memoria dove fa la descrizione della sciringa che propone per la trasfusione del sangue umano ed il modo di farne uso. Egli, nel combinare

l'apparato ebbe per iscopo il vantaggio di poter iniettare più o meno sangue, a differenti intervalli senza ritirare la cannula e senza che si raffreddi l'apparecchio.

La descrizione di questo è accompagnata da un disegno assai bene eseguito ed atto a renderla perfettamente comprensibile. Il mio apparato, egli dice, consiste « in una sciringa di stagno di nove pollici di lunghezza con un pollice « e tre linee di diametro che ripiena contiene cinque oncie « di sangue, lo stantuffo ha cinque segni che marciano cinque « oncie di sangue di modo che a misura che si ritira dall'interno della sciringa, si conosce quante oncie di sangue « sono nella medesima entrate.

« Questa sciringa è collocata entro un tubo dello stesso « metallo che è più corto e più largo di quella perchè ha « quasi otto pollici di lunghezza ed ha un diametro di due « pollici e sei linee, così che il vuoto che forma attorno alla « sciringa si riempie d'acqua calda che serve per riscaldare « l'apparecchio; ed un termometro ad alcool collocato sulla « parete stessa del riscaldatore indica il grado di calore che « all'atto dell'operazione deve essere di 30 gradi di Réaumur. La sciringa finisce in un tubo a cui si connette la « cannula di gomma elastica da cui esce il sangue agendo « sullo stantuffo. L'anzidetto tubo è sormontato da una tazza « a forma d'imbuto che si connette con esso ad angolo retto « e comunica coll'interno della sciringa ed ivi è collocata « una chiavetta i cui fori sono disposti in modo che girando « in un senso la tazza è in comunicazione colla sciringa e « girando nell'altro senso, si tronca la comunicazione colla « tazza e si stabilisce fra la sciringa e la cannula; e finalmente se si vuole ammettere nuovo sangue nella sciringa « ed aprir la comunicazione colla tazza, si chiude affatto col « giro che dà comunicazione alla cannula.

« L'operazione si fa in questo modo: 1° si scopre una vena « per un pollice di lunghezza come è stato proposto ed eseguito in Francia per passarvi due fili con cui fissare la « cannula alla vena ed impedire il regresso del sangue, oppure si pratica una semplice apertura nella vena, come per « fare un salasso, che serve per introdurvi la cannula o di gomma elastica o di metallo, metodo che fu usato più generalmente e che sembra più semplice, potendosi evitare

« colla sola compressione intorno al luogo dell'incisione, il
 « regresso del sangue. 2° Prima di tagliar la vena al paziente
 « si riempie d'acqua calda il riscaldatore e si misura il grado
 « di calore, si tiene lo stantuo immerso in acqua calda per-
 « chè possa essere più aggiustato in appresso ed esatto. Al-
 « lora si salassa l'individuo che fornisce il sangue, ed a mi-
 « sura che il sangue si riceve nella tazza si ritira dolcemente
 « lo stantuo per riempire la sciringa, o per ammettervi due,
 « tre, quattro o cinque oncie di sangue; quella quantità che
 « si vuole. 3° In questo modo non può entrare aria nella
 « sciringa quando collo stantuo si aspira il sangue; nondimeno
 « per assicurarsi che aria non vi sia, si abbassa l'apparato
 « dalla parte opposta all'imbuto, si dà una spinta allo stan-
 « tufo di modo che se vi fosse una bolla d'aria questa si
 « vedrà sortire dalla tazza. Se spingendo lo stantuo esce
 « puro sangue si ha la certezza che dentro non trovasi aria.
 « Allora si gira la chiave e così si chiude la comunicazione
 « colla tazza e si apre in vece quella colla cannula; una pic-
 « cola spinta dello stantuo lo fa conoscere perchè il sangue
 « zampilla dalla cannula. 4° Allora s'introduce nella vena
 « dell'anemico, e mentre una persona tiene compressa la vena
 « sulla cannula per impedire il regresso, il Chirurgo con
 « una mano tiene l'apparato e coll'altra spinge lo stantuo e
 « regola l'iniezione. 5° Se mentre lo stromento è applicato
 « al corpo dell'anemico, egli cade in deliquio o comunque
 « è d'uopo sospendere l'iniezione, non è necessario ritirarlo;
 « se si vuole iniettare a misura quasi che sorte dalla vena,
 « non si ha a girar la chiave, ricevere il sangue che si vuole
 « e nel modo descritto iniettarlo. Ritirato l'apparato si cura
 « la ferita come nel salasso ordinario. »

Quest' apparato di cui l'autore dicesi inventore è assai in-
 gegnoso ed ha molta analogia per non dire identità con
 quello proposto per lo stesso scopo dal Bécларd, il quale lo
 descrive nel modo seguente; « On peut employer une seringue
 « pourvue latéralement d'un tube débouchant juste au-des-
 « sous du piston et terminé supérieurement par un entonnoir,
 « dont le niveau est plus élevé que le piston. Le sang re-
 « çueilli par l'entonnoir arrive ainsi dans la seringue, qu'il
 « remplit complètement. Il faut encore avoir soin de chauf-
 « fer l'appareil avant de le mettre en place, de manière à

« ce qu'il se trouve à la temperature du sang (37 centigrades),
 « ou ce qui est préférable, employer une seringue à double
 « corps de pompe et introduite par avance, dans le manchon
 « enveloppant un bain-marie qui maintienne la température
 « de l'appareil au degré voulu. » (Traité de physiologie humaine. Paris, 1856, pag. 280. Deuxième édition).

Non sa la Commissione se il Dott. Copello avesse o non preventiva cognizione dell'ora descritto apparato del Béclard che ha moltissima analogia con quello da lui proposto. In caso affermativo avrebbe dovuto farne menzione per motivo di giustizia ed in questo caso, avrebbe trovato nel nome di questo grande fisiologo, un' autorità molto rispettabile in suo favore.

Ad ogni modo nella memoria del Dott. Copello tuttochè pregievolissima per erudizione e per dottrine fisio-patologiche, nulla riconosce la Commissione di veramente originale o nuovo che segni un progresso nella chirurgia operativa.

D.

Settantatre nuovi sperimenti fatti con alcuni coagulanti il sangue, e più particolarmente col percloruro ferro-manganico, e considerazioni intorno alla più comune maniera di guarire gli aneurismi, del Dott. Marcacci, Professore di Clinica nella R. Università di Siena, 1867.

Il Prof. Marcacci si propose di trovare il migliore e più pronto coagulante del sangue; quello che alla forza coagulante accoppiasse l'innocuità, stimando, a ragione, doversi all'innocuità posporre la prontezza della coagulazione quando questa avesse dovuto andar congiunta a danni derivanti dall'azione caustica sopra i tessuti viventi. L'opera sua è divisa in due parti; nella prima sono esposti 73 sperimenti fatti con vari coagulanti e più particolarmente col percloruro ferro-manganico sul siero del sangue, sul sangue estratto dai vasi, sopra animali vivi, e per ultimo in un tumore aneurismatico della regione temporale, ed in un altro erettile del labbro.

I coagulanti sperimentati furono:

L'acqua del Pagliari (3 volte);

Il percloruro di ferro neutro (3 volte);

Il liquido del Prof. Piazza (miscela a parti eguali di percloruro di ferro neutro a 12 gradi di concentramento e di una soluzione satura di cloruro di sodio) 3 volte;

Il percloruro di ferro manganico (14 volte);

L'acetato di sesquiossido di ferro (1 volta);

Il cloruro doppio di allumina e di ferro (1 volta);

La soluzione di allume in doppia proporzione che nell'acqua del Pagliari (1 volta).

Sono 28 sperienze sugli animali; le altre 45 furono eseguite sul siero del sangue e sopra il sangue estratto dai vasi.

Ecco i corollari dedotti da simili sperienze:

1° Il coagulante più attivo e più pronto quando si sperimenta sul siero e sul sangue estratto dai vasi è il percloruro ferrico, essendo bastate due gocce di una soluzione a 30 gradi di concentrazione a coagulare, mediante esatta miscela, dieci grammi di siero; fu necessaria una quantità un po' maggiore per coagulare il sangue;

2° Il coagulo massimo si ottenne in pochi minuti secondi con tutti i liquidi; in 15 dal percloruro ferrico;

3° Il coagulanti ridisciolgono il grumo già formato quando se ne adopera una grande quantità. Poche gocce in più od in meno non inducono cambiamenti apprezzabili sopra dieci grammi di siero o di sangue;

4° Per ottenere il coagulo è necessaria l'esatta miscela del coagulante col sangue o siero;

5° Preferibile a tutti è il percloruro ferro-manganico, come quello che all'attività coagulante aggiunge la minore azione irritante sopra i tessuti viventi. L'autore lo consiglia, qualora si voglia ricorrere al metodo di Monteggia, sia nella cura degli aneurismi, sia in quella dei tumori erettili o delle varici;

6° Oltre al grumo prodotto dall'azione diretta del coagulante, si hanno quasi sempre due altri coaguli aggiunti alle estremità del primo, quando l'iniezione si fa nei vasi di animali viventi;

7° Il coagulante, oltre allo agire direttamente sul sangue contenuto nell'arteria, esercita pure, senza che si sappia come ciò accada, l'azione sua coagulante su quello della vena;

8° Quando i coagulanti esercitano un'azione caustica, questa si fa sentire non solo sull'arteria, ma anche sulla vena;

9° Gli effetti prodotti dai coagulanti si debbono ripetere

dalle reazioni chimiche fra essi e l'albumina del sangue, dal che segue essere migliori coagulanti quelli che danno luogo ad alluminati insolubili;

10. L'azione caustica dei coagulanti si deve unicamente attribuire alla loro quantità eccedente a quella necessaria alla coagulazione dell'albumina di una data quantità di sangue.

Da ciò derivano le seguenti norme pratiche:

Non iniettare nei tessuti viventi come in un sacco aneurismatico, che quella quantità di liquido che si reputa necessaria alla coagulazione del sangue in essi contenuto, tenendosi di preferenza al disotto che al disopra della media giudicata approssimativamente occorrente; ricorrendo ove d'uopo ad una seconda e ad una terza iniezione;

Esercitare per quanto è possibile quei maneggi che valgano ad assicurare una compiuta mescolanza del liquido coagulante col sangue da coagulare;

Interrompere il circolo locale del sangue mediante la compressione, sia che l'iniezione si pratichi nelle arterie, sia nelle vene.

Siccome delle 73 coagulazioni, l'autore 2 sole ebbe ad eseguire sull'uomo, vale a dire, una per un tumore aneurismatico della regione temporale, e l'altra per un tumore erettile del labbro, e nella considerazione inoltre che dagli sperimenti praticati sopra gli animali non sono risultati coaguli talmente solidi da resistere alla forza della corrente sanguigna per modo che, tolta la compressione sopra e sotto al tratto dell'arteria iniettata, i coaguli si disgregavano, si spostavano, ed erano trasportati dalla corrente sanguigna, si fa l'autore ad osservare come altrimenti debba accadere nei sacchi aneurismatici, dove la circolazione essendo necessariamente rallentata e trovandosi ben sovente strati fibrinosi, i coaguli sono più facilmente rattenuti; la qual cosa sarebbe altronde dimostrata dai risultamenti pratici riferiti dallo stesso autore nella seconda parte del suo lavoro.

Questa seconda parte è consacrata a combattere la teoria del Broca intorno al modo con cui avvengono il riempimento e la chiusura dei sacchi aneurismatici per opera dei coaguli sanguigni. Non contende il nostro autore al Broca, che i coaguli così detti attivi lamellari fibrinosi che via via si stratificano sulle pareti del sacco aneurismatico e lo riempiono,

non diano una guarigione più stabile e sicura che non i coaguli molli, cruorosi più disaggregabili e mobili risultanti dalle iniezioni dei liquidi coagulanti; nota però che ben di rado e solo eccezionalmente si consegue la guarigione spontanea per i coaguli del primo ordine, mentre quella che sopravviene per opera della compressione indiretta, stromentale o digitale debba sempre attribuirsi ai coaguli passivi ossia del secondo ordine, e nega poi al Broca che i coaguli passivi siano insufficienti ad una stabile guarigione, e tornino nocivi destando infiammazione, suppurazione ed anche rottura del sacco.

In conferma della sua dottrina riferisce 140 osservazioni pratiche da lui raccolte, che divide in sette gruppi.

Nel primo abbiamo 25 osservazioni necroscopiche di tumori aneurismatici della durata da un mese a 24 anni, nei quali non si rinvennero coaguli attivi, fibrinosi propriamente stratificati. Crede l'autore poter dedurre da questi fatti, che prima di 40 giorni non può aversi iniziamento di coaguli fibrinosi, e che in ogni caso per una quantità di questi bastevole a riempire un sacco aneurismatico, sia sempre necessario un tempo assai lungo.

Nel secondo gruppo si hanno 16 osservazioni di aneurismi aventi un tempo più o meno lungo di esistenza, nei quali i coaguli fibrinosi rinvenuti occupavano solamente una parte del sacco, quasi sempre la periferica per modo da potersi legittimamente dubitare se per mezzo di essi sarebbesi o non effettuata la guarigione. Nell'incertezza, l'autore si limita ad affermare che la guarigione completa per soli coaguli fibrinosi dev'essere un fatto eccezionale forse non mai ben verificato.

Il terzo gruppo contiene 84 osservazioni di aneurismi trattati colla compressione indiretta e guariti colla formazione di coaguli sanguigni del secondo ordine, giacchè nel tempo relativamente breve che nei singoli casi durò la compressione, non si potè, a mente dell'autore, effettuare il lento deposito degli strati fibrinosi capace di riempire il sacco aneurismatico.

Nel quarto gruppo si riferiscono cinque casi di aneurismi guariti colle iniezioni di percloruro di ferro, e l'autore ne trae argomento ad inferirne che i coaguli per esso prodotti, benchè passivi, non riescono nocivi, ed attribuisce gli infelici

risultati avutisi all'azione caustica del liquido iniettato ed al difetto di precauzioni nell'eseguimento dell'atto operativo.

Nel quinto gruppo troviamo sei osservazioni di aneurismi poplitei curati colla flessione forzata della gamba sopra la coscia, in quattro de' quali si ottenne la guarigione mediante i coaguli passivi, e nei due ultimi si dovette ricorrere alla legatura dell'arteria femorale per sopravvenuto aggravamento del morbo.

Il sesto gruppo consta di due sole osservazioni appartenenti l'una al Prof. Antonio Marcacci suo fratello, e l'altra all'autore, dalle quali risulterebbe che due aneurismi, il primo dell'aorta toracica ed il secondo dell'aorta ventrale, sebbene chiusi in massima parte da strati fibrinosi, condussero gli ammalati alla tomba perchè la corrente sanguigna facendosi strada in un punto fra i coaguli fibrinosi e le pareti del sacco, sospinse questo nella via di progressivo ingrandimento.

Il settimo gruppo, per ultimo, comprende due sole osservazioni di allacciatura praticata alla piegatura del braccio per aneurisma da salasso, eseguite con un processo particolare dai Dottori Rizzoli e Modanini. L'arteria, perchè molto superficiale, fu allacciata facendo passare uno spillo sotto di essa ed incrociando quindi su quello alcune anse di filo come nella sutura attorcigliata. In un caso solo si ebbe successo; manca perciò questo processo della necessaria sanzione pratica, e per nulla ne restano avvalorate le dottrine dell'autore.

Il lavoro del Prof. Marcacci è certamente di molto merito. Egli fu paziente, coscienzioso, accurato ne' suoi esperimenti e nella raccolta di numerose osservazioni pratiche. È scritto con elegante semplicità, e riesce molto istruttivo; ragione per cui il lettore trovasi allettato a progredire malgrado che l'argomento presenti molti tratti di aridezza e di minuziose particolarità. A mente della Commissione, questo è uno dei più compiuti e giudiziosi lavori sopra i coagulanti del sangue. Da esso è posta in chiaro la superiorità del percloruro di ferro manganico sopra gli altri coagulanti, sia per efficacia, sia per innocuità; sono stabiliti il grado di concentrazione e la quantità dei coagulanti necessari per raggiungere lo scopo desiderato. È vittoriosamente confutata nel concetto della Commissione, la dottrina del Broca, che la guarigione degli

aneurismi si debba esclusivamente ai coaguli attivi fibrinosi stratificati, riuscendo dimostrato, tanto dagli sperimenti quanto dai fatti pratici addotti dal Prof. Marcacci, che la vera guarigione degli aneurismi coi coaguli di tale ordine si consegue assai più di rado che non dai coaguli così detti passivi. Restano inoltre da questo lavoro ben fissate nella mente del lettore le idee sul vantaggio reale della compressione digitale sopra la stromentale, di quella totale e continuata sopra la parziale ed interrotta.

E.

Atlante completo di anatomia chirurgica topografica atta a servire di complemento a tutte le opere di anatomia chirurgica, del Dott. Beraud. Parigi, 1865.

Quest'opera è costituita da 162 figure dimostrative delle varie regioni del corpo umano d'una grandezza talora maggiore, tal altra eguale, ma il più sovente di molto inferiore al vero, bene ed accuratamente eseguite nelle quali tutti gli oggetti anche più minuti sono designati con lettere o con numeri. A fianco delle figure sta il testo spiegativo, in iscorcio però, e senza descrizione veruna.

A differenza degli *atlanti* di simil genere, questo non si limita a fornire più o meno esattamente indicazioni di minuta anatomia topografica, ma ad ogni figura (ed è questo, per avviso della Commissione, il suo pregio maggiore), fa seguire un breve testo intorno alle principali applicazioni che della relativa anatomia si possono e debbono fare a schiarimento dei fatti patologici e di chirurgia operativa.

Sarebbe desiderabile che questo *atlante* potesse diffondersi, nonostante il prezzo necessariamente elevato, ai cultori dell'arte nostra e più particolarmente a quelli che, lontani dai grandi spedali ed anfiteatri anatomici, mancano di propizie occasioni per richiamare a memoria gli studi anatomici, e ciò a malgrado di non poche inesattezze che si riscontrano nel testo, così per l'anatomia pura, come per le sue applicazioni alla patologia chirurgica ed operativa. Quest'ultime del resto sono troppo sovente incomplete, ed accennate più che non isviluppate.

Il lavoro, benchè assai pregevole, non è però tale da se-

gnare un reale progresso nella scienza, nè contiene novità alcuna dottrinale o pratica. È un'opera di volgarizzazione, non di progressione scientifica, e la sua materia è più particolarmente di anatomia chirurgica o topografica, anzichè di chirurgia operativa che forma lo speciale Programma del presente Concorso.

F.

Trattato storico e pratico della sifilide, del Dott. Lancereaux. Parigi, 1866.

Quest'opera del dottore Lancereaux è pregievole, tanto sotto l'aspetto scientifico, quanto sotto il pratico; ma non vertendo sul tema speciale della chirurgia operativa su cui è aperto il Concorso al secondo premio Riberi, non può fare soggetto di un esame analitico da sottoporsi per tale effetto a questa R. Accademia.

A merito dell'autore vuolsi però notare, che per quanto concerne alla *sifilide terziaria*, il lavoro del dottore Lancereaux costituisce una monografia la più compiuta fra le pubblicate finora. Ad un'esatta esposizione di quanto già possiede la scienza su tale materia, seguono pregievoli ed istruttive osservazioni cliniche intorno a casi di sifilide dell'apparato della locomozione per quanto spetta alle condropatie ed alle artropatie, e così per rapporto all'apparato della digestione, per le affezioni del ventricolo e degli intestini. L'autore è già benemerito della sifilografia per preziose osservazioni pubblicate alcuni anni addietro, sulla patologia sifilitica del sistema nervoso.

G.

Trattato pratico degli stringimenti uretrali del Dott. Toscano Antonino, Professore particolare d'istituzioni chirurgiche dello spedale di Santa Marta in Catania.

Questo lavoro è, si può dire, una monografia compiuta sugli stringimenti uretrali.

Vi sono trattate con ordine e chiarezza e con diffusione forse un po' soverchia l'eziologia, la patogenia, la sintomatologia e la terapeutica di tali infermità, e le dottrine dell'autore sono avvalorate da 39 storie di osservazioni pratiche.

Tranne la parte operativa nella quale l'Autore propone al-

cune modificazioni strumentali, non si incontrano nel libro cose nuove che diano un'impronta d'originalità all'opera, ma solamente quanto già trovasi consegnato nella letteratura dell'arte nostra sopra tale argomento. Il libro pare più particolarmente destinato ai neo-pratici; ciò però non toglie che non possa essere eziandio utilmente consultato dai più provetti nell'arte.

Prescindendo dalla parte dottrinale e da quanto non concerne propriamente la pratica operativa che forma argomento del concorso, il merito dell'Autore, sotto quest'ultimo rispetto, sta nell'apprezzamento delle modificazioni che propone agli strumenti che vengono adoperati contro gli stringimenti uretrali.

Per questo giusto apprezzamento tornerebbe necessario sperimentare praticamente gli strumenti o per lo meno averli sott'occhio.

Se dal disegno grafico che sta nel libro, la Commissione potè formarsi un sufficiente concetto sulla loro struttura, il suo giudizio sul reale loro valore pratico, non può quindi avere se non un carattere induttivo e razionale.

Lo strumento per la dilatazione consiste in una piccola minugia di gomma elastica che si avvita sopra un piccolo fusto metallico e che deve, sormontando l'ostacolo, penetrare in vescica servendo di guida al fusto che alla sua volta compirebbe lo stesso ufficio per una serie di dilatatori i quali, abbracciando esattamente la guida metallica, penetrerebbero gradatamente nell'ostacolo senza pericolo di false strade.

Per l'uretrotomia interna che l'Autore vorrebbe chiamare stenositomia o stretturotomia; con ragione, per avviso della Commissione, dà preferenza alle incisioni multiple e limitate alla spessezza delle pareti uretrali all'incisione unica o duplice di Reybard ed altri, che divide a tutta spessezza le pareti dell'uretra. A tal effetto egli si serve di una sonda che colla guida della minugia di gomma, penetra a guisa del dilatatore, nell'ostacolo; l'estremità terminale ha la forma olivare ed offre quattro fenditure destinate a dar transito a quattro piccole lame taglienti.

Introdotta l'estremità olivare nell'ostacolo si fanno più o meno secondo l'opportunità, uscire col mezzo di un regolo le lame taglienti dalle fenditure, e così si incide la parte

stringente dell'uretra. Mediante una particolare modificazione si può con questo strumento praticare il taglio dall'avanti all'indietro e dall'indietro in avanti con tutte le lame, a somiglianza di quanto si ottiene con altri uretrotomi.

Propone ancora l'Autore un altro strumento per l'escisione degli ostacoli uretrali formato di due cannule concentriche delle quali una è tagliente. Il libro non reca come per le altre, il disegno.

Siccome l'Autore non adoperò mai sul vivente questo suo strumento, non crede la Commissione di doversi intrattenere intorno al medesimo, nella considerazione eziandio che l'escisione degli ostacoli uretrali non è un compenso terapeutico che abbia ragione di essere conservato nella pratica chirurgica.

A mente della Commissione è lodevole la pratica dell'Autore, comune d'altronde alla maggior parte degli operatori, di preferire le incisioni multiple limitate all'unica profonda, colle quali più sicuramente si evitano le gravi emorragie e le infiltrazioni urinose periuretrali.

Convien però osservare non essere per ciò indispensabile il suo strumento, in quanto che si può ottenere eguale effetto collo scarificatore ad una sola lama, facendolo girare sopra il suo asse onde portare la lama sui varii punti dell'ostacolo, il quale ultimo uretrotomo ha ancora il rilevante vantaggio di più facilmente penetrare attraverso l'ostacolo per il suo minore volume.

Se gli strumenti in discorso dimostrano l'ingegno inventivo dell'Autore, l'amore ed il successo con cui coltiva l'arte nostra, non soddisfano però a nuove indicazioni pratiche, posciacchè altri uretrotomi a più lame già si trovano nell'armamentario chirurgico.

L'opera del Toscano è improntata di sano criterio pratico, vi si scorge un giusto apprezzamento dei fatti, una retta associazione della parte dottrinale colla parte pratica, ed un ordine didattico segnatamente molto profittevole ai neo-pratici che possono in essa trovare un'ottima guida allo studio teorico-pratico di quest'importante ramo della patologia.

Spezzamento delle grosse pietre in vescica per la via artificiale del perineo, e nuovo apparecchio emostatico contro l'emorragia in seguito alla cistotomia, dello stesso Autore.

Propone il Dott. Toscano due strumenti destinati, l'uno a rompere schiacciando, e l'altro per trapanazione, le grosse pietre della vescica quando, fatte le debite incisioni perineali, l'operatore abbia la contrarietà di rinvenire calcoli troppo voluminosi perchè si possano estrarre per intero senza pericolo di gravi e pericolose lacerazioni.

Il primo è costituito da una tanaglia a branche disgiunte articolantesi fra loro con doppia incrociatura a guisa di quelle del forcipe a cucchiara, un po' curve come è curva del resto tutta la loro parte terminale perchè si adattino meglio alla configurazione della piccola pelvi, e munite all'interno di forti denti che impiantandosi nel calcolo, servono a frantumarlo. I manici della tanaglia rivestiti all'esterno con una lamina di avorio zigrinato si avvicinano con forza mediante una vite.

Questa tanaglia di cui, come dello stromento trapanatore, l'Autore diede nel suo opuscolo una figura fotografica, è costrutta sugli stessi principii di quella del Professore Rizzoli, meno per quanto concerne la doppia incrociatura, e la curva un po' minore delle cucchiara e della sua parte terminale.

Per quanto si possa giudicare senza avere sott'occhio ad un tempo i due strumenti, e soprattutto senza sperimentarli entrambi in un caso identico, pare alla Commissione che le modificazioni arretrate dal dottore Toscano a questo frangipietra possano nella pratica riescire di qualche utilità quantunque non possa soscrivere alla di lui sentenza quando afferma che tutte le pietre, per quanto dure e voluminose siano, debbano frangersi col suo stromento. Pur troppo le durissime e molto voluminose, secondo ogni probabilità, non si romperanno, e romperanno talora la tanaglia, e di tale dubbio direbbesi non esente l'Autore, dacchè propone un secondo stromento da lui detto *curvo-retto* destinato alla trapanazione del calcolo che è un'imitazione di quello del Fabbri; di ciò si convince di leggieri chi dia un'occhiata alla relativa figura fotografica. La differenza consisterebbe in ciò, che la porzione curva o femmina destinata ad essere per la prima portata in vescica onde fissare il calcolo abbracciandolo, sarebbe nello stromento del Toscano composta di due parti scorrenti l'una dentro l'altra per modo che una volta abbracciato il calcolo, l'interna esca dall'esterna insinuandosi tra la vescica ed il calcolo e venga prolungando il seno curvo a prestare un punto



fisso più esteso e solido al calcolo che il trapano deve perforare.

Se la tanaglia fu dall'Autore due volte adoperata con vantaggio (non è detto del resto in quali precise condizioni), non risulterebbe che questo secondo stromento o frangipietra *retto-curvo* come esso lo chiama, abbia avuta la sanzione dello sperimento pratico.

La Commissione, mentre fa plauso all'ingegno inventivo dell'Autore, debbe essere riservata nel dar giudizio sul valore pratico di questo stromento paragonato a quelli analoghi già conosciuti nell'arte, e troverebbesi inclinata all'uopo, a dare preferenza all'uopo alla tanaglia del Porta ad esempio, che soddisfa ad un tempo allo schiacciamento ed alla trapanazione dei calcoli voluminosi.

L'apparecchio proposto dall'Autore per arrestare le emorragie che tengono dietro alla cistotomia perineale è semplicissimo. A vece della camiciuola di tela che si adatta alla sonda per farne l'ombrellino del Dupuytren, disposto attorno alla stessa sonda un sacco di gomma elastica che dal lato interno sta esattamente fissato alla medesima, e dal lato esterno con due tubi, che si possono aprire e chiudere a volontà, comunica l'uno con una siringa e l'altro con un recipiente qualunque destinato a ricevere il liquido che si vuole estrarre dal sacco.

Introducendo il sacco vuoto nella ferita perineale e dopo avere constatato che l'estremità della sonda pesca in vescica, si inietta colla siringa acqua diacciata nel sacco (avendo prima ben inteso, chiuso il tubo di emissione), in quella quantità che sia sufficiente a distendere di tanto il sacco che la pressione per esso esercitata arresti l'emorragia.

Con quest'apparecchio abbiamo ad un tempo la compressione di tutto il tramite della ferita e l'azione emostatica del freddo sopra i tessuti incisi. Riscaldandosi il liquido lo si sostituisce con altro diacciato, procurando naturalmente, che l'emissione e l'immissione siano possibilmente eguali per non scemare di troppo la compressione.

Duole alla Commissione di non aver ancora fatti da addurre che valgano a fornir un concetto adeguato sul valore assoluto e comparativo di questo ingegnoso apparecchio e di non averne trovati neppure nella memoria dell'Autore, che

lo adoperò solo due volte, non già per combattere, ma per prevenire l'emorragia.

Tenendo conto della semplicità e della efficacia dell'ombrellino, difficilmente la Commissione si può indurre a credere, che quest'apparecchio possa essere chiamato ad ottenere preferenza su quello nella pratica, sebbene soddisfatti per due modi all'indicazione emostatica, vale a dire colla compressione e col freddo.

La Commissione reputa degno di lode l'Autore per la proposta di questi suoi strumenti chirurgici, sebbene le di lui proposte si riducano essenzialmente a modificazioni di strumenti conosciuti e da lungo tempo adoperati nella pratica chirurgica.

III.

Dottore Parravicino Raimondo da Como: Storia di Gastro-isterotomia. Como, 1866.

In un opuscolo di poche pagine il dott. Parravicino riferisce tre istorie di gastro-isterotomia praticata con successo in una stessa donna per ristrettezza della pelvi cagionata da osteomalacia.

Il minore dei diametri del bacino misurava due pollici e mezzo.

La prima operazione ebbe luogo nell'anno 1852; la donna aveva 26 anni, ed era al termine della terza gravidanza. Nel grave travaglio il feto, egli dice, non dava segni nè di vita, nè di morte. Si tentò dapprima la craniotomia che dopo lunghi tormentosi e replicati tentativi riesci vana. Si ricorse all'operazione cesarea, dopo 20 ore di travaglio. Fu praticato un taglio dell'estensione di 10 pollici a distanza di due dal lato destro della linea bianca; fu ferita un'ansa intestinale. Il feto maturo venne estratto morto con una lesione alla regione parietale destra per la tentata craniotomia.

Ne conseguì un profondo e vasto ascesso addominale con uscita di pus commisto talora a materie stercoracee dalla ferita che divenne fistolosa. Mediante fasciatura otturatrice di tale fistola, in pochi giorni si cicatrizzò e, dopo quaranta, cessò lo scolo vaginale, e la donna trovossi perfettamente guarita.

La seconda operazione fu praticata nel 1855, tre anni dopo la prima. La gravidanza era a termine. L'incisione fu ese-

guita al lato sinistro della linea bianca a fine di evitare la cicatrice della prima operazione.

Fu ferita un'ansa intestinale che aderiva alle pareti addominali; convenne deviare col taglio per cansare le aderenze, in modo da dare a questo la forma di un mezzo esagono. Si estrasse un feto maturo che visse vegeto e robusto. Nella sutura delle pareti addominali si lasciò un'apertura in corrispondenza dell'intestino ileo. L'infiammazione peritoneale fu assai moderata. Dopo un mese la ferita era cicatrizzata superstita però l'ano artificiale.

Nel 1859 fu eseguita la terza operazione. L'utero erasi sviluppato solamente nella sua metà destra ed ascendendo lungo la regione epi-colica, era pervenuto sino sotto alla porzione cartilaginea delle coste. Nella parte sinistra esisteva un'estesa aderenza degli intestini alla superficie interna dell'addome ed all'utero; l'essere inoltre la parete uterina destra ridotta a grande sottigliezza, aveva fatto nascere qualche sospetto di gravidanza extrauterina. Il taglio fu praticato lungo la regione epicolica destra parallelamente alla cicatrice della prima operazione. L'operazione fu condotta felicemente a termine; la placenta aderente dovette essere distaccata colla mano. Si estrasse il feto vivo e maturo. Dopo 25 giorni l'inferma era pienamente guarita.

L'autore non entrò in veruna considerazione intorno all'indicazione della gastro-isterotomia in relazione alle dimensioni pelviche ed in confronto colle altre operazioni tocologiche, nè intorno ai vari metodi operativi meritevoli di preferenza nelle varie contingenze pratiche. Nello scopo di premunire dalle pericolose gravidanze le donne versanti nelle condizioni preaccennate egli non sarebbe alieno di ricorrere alla legatura delle trombe falloppiane.

I risultati ottenuti rendono l'autore patrocinatore del taglio cesareo, nei grandi restringimenti pelvici, condannando l'aborto ed anche il parto prematuro che dice contrario alla umanità, alla giustizia ed alla religione.

Una morale così severa non sarebbesi supposta in chi, nel caso di distocia con poll. 2 1/2, a gravidanza compiuta, si risolve a premettere la craniotomia al taglio cesareo, sacrificando così colla prima operazione, una vita che si poteva forse salvare colla seconda; nè in chi per cansare una

eventuale seconda operazione cesarea, consiglierebbe di tagliare oppure di legare nella prima le trombe fallopiane.

Come mai potrebbe trovar morale la castrazione chi taccia d'immoralità il parto prematuro?

Un concorso di favorevoli circostanze permetteva all'autore un risultato veramente compiuto e brillante. Ma egli non seppe cogliere la buona fortuna.

La Commissione non facendo carico all'autore dell'ordine poco severo seguito nella redazione del suo lavoro, non rinvenne in questo alcuna cosa che in ordine a scienza ed a pratica possa utilmente fissare l'attenzione dei cultori dell'arte nostra.

I.

Cistotomia o Litotrizia; Studi pratici. Manoscritto di anonimo autore avente per Epigrafe il seguente motto:

La mente è la miglior guida alla mano dell'Operatore.

La natura del presente lavoro non è realmente quale potrebbe presupporre dalla sua intitolazione, *Cistotomia o Litotrizia*. Esso non è limitato ad un confronto tra l'una e l'altra delle anzidette due operazioni, ma è piuttosto un esame comparativo dei principali metodi con cui l'una e l'altra si possono eseguire, seguito da un giudizio sul loro valore relativo nello scopo di stabilire quale di loro meriti la preferenza.

Edotto da lungo esercizio pratico in un grande ospedale dove ebbe opportunità di praticare e veder praticare moltissime simili operazioni, volle l'autore con generoso intendimento giovare della propria esperienza ai neo-pratici, indicando loro le migliori vie a seguire nelle varie e difficili contingenze del pratico esercizio.

Non è questa un'opera compiuta sull'argomento; nè contiene cose originali e nuove che possano in ispecial modo fissare l'attenzione dei provetti nell'arte, l'autore stesso ne fa dichiarazione, ma piuttosto un compendio o prontuario soccorrevole agli esordienti nella chirurgia operativa, i quali possono in esso rinvenire consigli, e guida nella scelta o preferenza a darsi all'uno piuttosto che all'altro dei varii metodi operativi; in ordine al che trovansi fra loro dissenzienti gli autori anche i più accreditati.

Sotto questo aspetto vuol essere quindi considerato e giudicato il presente lavoro, il quale venne dall'autore diviso in tre distinte parti o sezioni. Nella prima si tratta della *Cistotomia nell'uomo*, nella seconda della *Litotrizia*, e nella terza della *Cistotomia e Litotrizia* nella donna.

Queste tre parti sono suddivise in successivi capitoli numerici, dove si ragiona delle singole materie loro specialmente attinenti.

Nella prima parte, premesse alcune succinte considerazioni intorno alla natura dei calcoli vescicali per rapporto allo scopo operativo, si viene a discorrere dei tre principali procedimenti per la *Cistotomia* nell'uomo, vale a dire del metodo *ipogastrico*, del *perineale* e del *retto-vescicale*.

Dopo i perfezionamenti dei tagli perineali, quello ipogastrico, a mente dell'autore, è da ritenersi solo come eccezionale o meglio di assoluta necessità nelle contingenze di ostacoli al perineo ed al bacino o di calcoli voluminosissimi sporgenti alla regione pubica segnatamente nelle persone attempate.

In quest'ultima congiuntura il metodo antico di Franco di tagliare al pube la vescica sopra il calcolo stesso, spinto avanti con due dita introdotte nell'intestino retto, potrebbe ancora trovare un'eccezionale indicazione.

Fra i vari strumenti che si introducono in vescica per servire di guida al taglio ipogastrico egli preferisce la sonda a dardo del Belmas.

Per i tagli, così delle parti esterne come della vescica, si vale del bistouri ordinario; pratica l'incisione di quest'ultima dall'alto al basso, e tiene preferibile il consiglio di Morand di uncinare col dito la vescica, dopo fatta l'incisione, anzichè servirsi dell'uncinò sospensorio del Balmas. Potrebbe forse stimare poco sicuro l'uso di un bistouri piccolo acuto, ed essere preferibile volendo operare con questa pratica, il valersi del bistouri proposto da Amussat padre.

Siccome dichiarò metodo di assoluta necessità il taglio ipogastrico, così nello scopo di evitarlo, se fosse possibile, propone di tentare dapprima lo spezzamento del calcolo, associando la litotrizia al taglio perineale, secondo le calde raccomandazioni fatte dal prof. Burci.

Dubita la Commissione che si possa raggiungere l'intento ove realmente si avesse a fare con uno di quei calcoli, che

per il grosso loro volume, formano l'eccezionale indicazione del taglio ipogastrico, comechè restino oltremodo malagevoli i movimenti del litotritore per entro alla vescica svuotata compiutamente di liquido per il taglio perineale, e difficilmente si possa afferrare per i maggiori suoi diametri il grosso calcolo, che facilmente scivola dalle branche del litotritore alla compressione, ed ai primi colpi del martello.

Ragionando del taglio mediano, ricorda come il nostro Bonino rivendicasse la priorità del metodo all'italiano Giovanni Battista Rapallo, che lo insegnò a Giovanni De Romano e questi a Mariano Santo, a cui fu dato il merito dell'invenzione.

Ciò merita di essere notato, posciachè questo antico metodo già abbandonato, riprese favore in questi ultimi tempi, e qui molto opportunamente rammenta l'autore le modificazioni introdotte da Dupuytren e da Vaccà-Berlinghieri e per ultimo dal Rizzoli e dal nostro Borelli nello scopo di evitare ad un tempo, il taglio del bulbo uretrale e dei condotti ejaculatori.

A malgrado di tali ingegnose modificazioni, crede che il taglio mediano anche associato alle dilatazioni dell'uretra prostatica e del collo della vescica, debba essere posposto ad altri tagli perineali nei casi di calcoli alquanto voluminosi per le indispensabili lacerazioni dei tessuti e la successiva incontinenza d'orina.

Il taglio mediano, come metodo di eccezione, potrebbe, a suo avviso, trovare indicazione nel caso di calcoli arrestati nell'uretra membranosa e prostatica o di calcoli vescicali piccoli. Propende però in quest'ultimo caso ad estrarli col taglio lateralizzato nei ragazzi, ed a praticare la litotrizia nelle persone provette.

Dà preferenza al metodo lateralizzato, come quello che è applicabile al maggior numero dei casi; che induce la minore possibile lesione dei tessuti pur fornendo un varco abbastanza ampio ai calcoli di non straordinario eccezionale volume, e perchè il taglio in direzione obliqua nei limiti prostatici, è relativamente il più scevro dai temuti inconvenienti.

Descrive ordinatamente ed in modo chiaro tutti i successivi atti operativi, attenendosi alle pratiche più semplici, più

prudenti, sanzionate dall'esperienza, non badando al prestigio dell'arte, ma al solo bene dell'ammalato.

Egli non è fautore della moda, e siccome non tanto di leggieri si risolve per le novità su cui l'esperienza non si è ancora ben pronunziata, così mostrasi del pari poco disposto ad abbandonare le pratiche ed i mezzi operativi riconosciuti utili solamente perchè sono cose del passato. I più operano oggidì senza il letto meccanico, e se per verità, se ne può far senza, ciò non toglie però che, possedendolo, non sia meglio adoperarlo; lo adoperò sempre il nostro comune maestro il prof. Riberi nella scuola di clinica operativa anche negli ultimi suoi tempi.

L'autore si serve dell'ordinario siringone scanalato per guida al taglio profondo, che eseguisce pure con un ordinario bistouri a lama alquanto allungata, lasciando a parte i vari litotomi stati a tal uopo proposti. *Anzichè adoperare strumenti complicati e nuovi*, egli dice, *è sempre meglio abituarsi a valersi di strumenti ordinarii più noti e più semplici*. Sarebbe poi stato bene, dacchè l'autore stimò opportuno l'uso del letto meccanico, che avesse fatto cenno della sua struttura, indicato il modo di situarvi l'operando e dell'applicazione dei lacci, sebbene, a vero dire, queste cose assai più facilmente si apprendano dal vederle una volta sola che dalle molte particolareggiate descrizioni.

Seguendo i precetti della scuola classica dell'arte nostra, qualora il taglio lateralizzato non fosse sufficiente lo converte nel bilaterale del Dupuytren ed anche nel quadrilaterale di Vidal, associa all'uopo la litotrizia alla litotomia proponendo i litotritori del Malagodi e del Fabbri; e per estremo spediente, nel caso di calcoli di smisurato volume ed infrangibili, consiglia la condotta tenuta in tale necessità, da Heistero Francs, Krimer, Mandt ed anche dall'illustre fondatore del presente premio, di aggiungere al perineale il taglio epigastrico; *in extremis, extrema tentanda*.

Biasima poi l'estrazione forzata dei calcoli voluminosi per le lacerazioni cui danno luogo dell'uretra e della prostata, seguite dai gravi inconvenienti che tutti conosciamo.

Se nei rari casi di lacerazione del perineo i punti di sutura e le listerelle adesive, di cui egli parla, sono da stimarsi insufficienti, vero è che l'arte nostra allo stato suo attuale,

poco ha di meglio a sostituire che efficacemente risponda all'indicazione.

Dopo il lateralizzato, in ordine a più frequenti applicazioni, pone il taglio bilaterale che ritiene per il più utile nelle persone adulte, e segnatamente quando si può presumere di aver a fare con un calcolo piuttosto cospicuo; riesce poi di necessità quando nell'atto operativo il taglio lateralizzato si riconosce insufficiente.

Pur ammettendo i pregi del litotomo nascosto; nella considerazione, che alcune volte scorre meno facilmente sul siringone per l'accrescimento di volume fatto dalla riunione dei due strumenti, egli mostrasi propenso a valersi del bistouri ordinario o bistouri litotomo mediante il quale si tagliano i tessuti solo quanto giudicasi necessario con maggiore discernimento pratico e non in misura preventivamente determinata. Ciò non pertanto stima utile la riduzione in punta tagliente dell'anzidetto litotomo per l'incisione dell'uretra membranosa, la quale modificazione da lui attribuita al Borelli vuol essere piuttosto riferita al Larghi di Vercelli, sebbene il primo la abbia riconosciuta vantaggiosa e definitivamente adottata. Potendosi assai facilmente incidere l'uretra membranosa col bistouri ordinario, pochi saranno per risolversi all'adozione del litotomo tagliente in punta stante il pericolo che seco trae di ledere la vescica.

Conchiude riconoscendo il taglio lateralizzato entro-prostatico per il più utile perchè applicabile nel maggior numero dei casi; mette in seconda linea il taglio bilaterale o meglio bilaterizzato di Dupuytren pel caso di calcoli voluminosi in persone adulte e di buona costituzione, e riserva il terzo posto al taglio mediano modificato dal Rizzoli e Borelli per i calcoli piccoli, o innicchiati nell'uretra membranosa, circoscrivendo in ogni caso la dilatazione dell'uretra prostatica e del collo della vescica, ai limiti consentiti dall'elasticità dei tessuti senza produrre lacerazioni, le quali ove fossero a temersi, egli si risolve piuttosto per il taglio lateralizzato. Questa riservata e prudente condotta sarà certamente apprezzata da tutti coloro che al prestigio delle innovazioni non sempre giustificate nel tempo successivo, antepongono le pratiche e i metodi più semplici, più sicuri e più sperimentati.

PARTE SECONDA

Litotrizia.

Ragionando l'autore, nella seconda parte del suo lavoro, intorno alla *litotrizia* poco si intrattiene sul metodo rettilineo, che trovasi generalmente abbandonato dopo l'introduzione nella pratica dei litotritori curvi. Ricorda come il professore Riberi abbia per il primo in Italia, praticata la litotrizia col metodo rettilineo del Civiale, ed il secondo col litotritore curvo del Heurteloup essendone stato preceduto dal Baroni di Bologna. Al Riberi poi attribuisce la prima applicazione in Italia della litotrizia nei ragazzi. Qui poteva essere rammentato come in una comunicazione fatta nella sesta riunione degli scienziati italiani in Milano 1844, il nostro Pertusio dichiarasse la litotrizia applicabile ai ragazzi al dissotto dei 12 anni se docili, se affetti da una sola pietra non dura, nè più grossa di una noce avellana.

Riconosce l'autore con la maggioranza dei pratici, per il migliore, il *litotritore* di Heurteloup modificato dal *Charrière*, vale a dire colla sostituzione del rocchetto al martello per la frantumazione dei calcoli. Non sarebbe qui stato fuori di proposito che l'autore avesse fatta menzione del litotritore a madre vite (*écrou brisé*) del Civiale tanto utile in pratica, della sonda a doppia corrente del Mercier e di quella del Pertusio pure a corrente doppia, descritta negli atti della anzidetta riunione degli scienziati italiani, che molto utilmente servono per l'espulsione dei detriti calcolosi della vescica.

Nell'atto operativo egli non si serve del letto rettangolare di Heurteloup ne di altri letti meccanici aventi sostegni per immobilizzare il litotritore; preferisce fissarlo colla sua mano o colla morsa a tal effetto proposta dall'Amussat e da Leroy. L'immobilità del litotritore fisso al letto o ad una tavola, mentre è introdotto coll'altra estremità in vescica è una sorgente di gravi accidenti, osserva il Vidal, quando l'ammalato per avventura si abbandonasse ad eventuali movimenti. Più severa ancora è la condanna del Velpéau, il quale così si esprime: « la sola idea di un sostegno metallico destinato a restare immobile sopra la tavola d'operazione come quello del letto meccanico di Heurteloup

« fa ribrezzo. Si supponga in fatti una pinza o litotritore
 « qualunque che sta entro alla vescica di un uomo; mentre
 « una sbarra inflessibile di ferro impiantata sopra una ta-
 « vola lo tien fisso al di fuori; fa rabbrivire il pensiero
 « delle possibili conseguenze di un impreveduto movimento
 « dell'ammalato. » (*Nouveaux éléments de Médecine opératoire.*
 Paris 1841, pag. 534.

Saggio partito è dunque quello dell'autore dell'astenersene, come pure, finchè è possibile, di lasciar a parte il martello, preferendo schiacciare il calcolo con giri della madre-vite o col rocchetto d'ingranaggio. Alla forza cieca è sempre preferibile *la mano guidata dalla mente dell'operatore.*

Molto utile è la litotrizia quando in persona adulta, il calcolo abbia solo da 20 a 35 millimetri di diametro, non sia molto duro e si possa afferrare e schiacciare coll'anzidetto litotritore, quasi il solo ora usato nella pratica. Quantunque al Leroy, al Segalas ed al nostro Riberi sia felicemente riuscita la litotrizia nei ragazzi, avvisa l'autore, essere nei medesimi come nei vecchi meno relativamente indicata siffatta operazione; nei primi, perchè il meato orinario e l'uretra assai ristretti ostano per una parte all'introduzione di strumenti abbastanza solidi, e per l'altra vien reso facile l'arresto di frammenti di calcoli nell'uretra, cosa assai imbarazzante; nei secondi, per l'ingrossamento della prostata che dà luogo ad una specie di escavazione nel trigono vescicale, dove i calcoli vengono a sottrarsi all'azione del litotritore. Non trova poi conveniente la litotrizia quando il calcolo supera i 35 millimetri di diametro; sia dei più duri, o abbia nocciolo da un corpo straniero penetrato in vescica.

Non sono queste cose nuove, ma consigli di prudenza non mai ripetuti di soverchio segnatamente agli esordienti nella pratica cui l'esperienza non fornì ancora di proprie convinzioni sul valore relativo delle varie pratiche operative.

Chechè si voglia da taluni pretendere in contrario, la litotrizia, a mente dell'autore, è in genere operazione meno pericolosa e micidiale della cistotomia. In tale opinione egli è venuto a seguito di diligente confronto dei vantaggi e degli inconvenienti dell'una e dell'altra operazione. Accorda poco valore ai computi statistici nel risolvere simile questione, come che nelle cose di ordine medico, non sia possibile racco-

gliere quei conformi elementi, e realizzare quella parità di condizioni che devono dare un reale valore ai risultati statistici.

Il taglio costituisce per lo più un'operazione di maggiore gravità e quindi seguita da maggiori e più temibili conseguenze; ciò nulla meno, potendosi con questo più facilmente realizzare una cura radicale e trovando più frequenti applicazioni, egli lo considera quale metodo principale, mentre la litotrizia è metodo particolare e di più limitata applicazione. Sarebbe stato buon consiglio che l'autore avesse fornite le regole per la misura del volume dei calcoli in vescica, cognizione questa di molta rilevanza per la decisione intorno al metodo operativo da preferirsi.

PARTE TERZA

Cistotomia e Litotrizia nella donna.

La terza ed ultima parte del manoscritto ha per argomento, dissimo, la *cistotomia* e la *litotrizia* nella donna.

L'uretra muliebre, come breve e facilmente dilatabile, può risparmiare le due anzidette operazioni nel caso di calcoli piccoli. Ma nella dilatazione artificiale sia pronta, sia lenta, non bisogna, a suo avviso, eccedere certi limiti, e non mai spingerla sino al pericolo di lacerazioni per evitare la facile e molto temibile incontinenza dell'orina.

La litotrizia nella donna, tuttavolta che torna possibile, è da anteporsi agli altri metodi operativi, riuscendo assai facile l'introduzione ed il maneggio degli strumenti, e potendosi col dito introdotto in vagina, sentire lo strumento ed il calcolo, seguirli nei movimenti, e sino ad un certo punto dirigerli; non è inoltre così frequente come nell'uomo, l'arresto di detriti e frammenti calcolosi nell'interno della vescica, essendo essi suscettibili di più agevole estrazione o di spontanea espulsione.

Per tutte queste ragioni egli dà preferenza alla litotrizia nella donna sopra tutti i procedimenti operativi di cistotomia, servendosi del litotritore di Heurteloup modificato dal Charrière, che è quello che meglio soddisfa all'uopo. Dichiarata la litotrizia metodo generale nella donna, mette subito dopo,

per rapporto ad utilità relativa fra i varii procedimenti di cistotomia, la vescico-vaginale, non solo perchè si presta all'estrazione di calcoli voluminosi, meno espone alle emorragie ed agli infiltramenti orinosi, ma ancora perchè colla sutura cruenta, che attualmente si pratica con molto successo, si può più facilmente prevenire la temuta fistola vescico-vaginale che è il suo maggiore inconveniente.

Conchiudendo sul complesso del lavoro, le dottrine dell'autore sarebbero sommariamente le seguenti:

Nell'uomo il taglio lateralizzato entro-prostatico è il metodo generale, ed in linea di preferibilità vengono, il taglio bilaterale, la litotrizia, il taglio ipogastrico solo di eccezione o necessità; il retto-vescicale, metodo esso pure di eccezione; e per ultimo il taglio multiplice della prostata, considerato solo quale spediente e ripiego operativo in accidentali congiunture. Il piccolo apparecchio o taglio diretto sul calcolo senza la previa introduzione di strumenti guidatori nell'uretra, solo da riservarsi qual taglio uretrale in casi di calcoli sporgenti al perineo.

Rispetto alla donna la litotrizia sarebbe, come già fu detto, il metodo generale e sostituibili in ordine di preferibilità, il taglio vescico-vaginale, l'uretrale, l'ipogastrico solo in caso di necessità; la dilatazione pronta e lenta dell'uretra in modo convenientemente limitato, e sarebbero per ultimo proscritti i tagli laterale e vestibolare; il primo perchè manca di sicurtà guida per penetrare in vescica; ed il secondo perchè cade in punto ristretto fra i rami del pube dove riesce difficile l'estrazione dei calcoli alquanto voluminosi, ed è facilmente seguito da infiltrazioni orinose.

Scopo del presente lavoro fu evidentemente lo indagare quale, allo stato attuale della scienza, sia da considerarsi migliore e principale metodo operativo, e quali come metodi più limitati nella cura dei calcoli vescicali. I saggi apprezzamenti dei varii metodi, i prudenti consigli forniti, e le buone massime da lui adottate lo chiariscono educato ai buoni principii della scuola classica dell'arte nostra.

Sarebbe certamente difettivo il presente lavoro qualora lo si volesse considerare quale un trattato compiuto sulla *Cistotomia e la litotrizia*, ma ritenuto, che l'autore, come dichiara nella prefazione, volle circoscriversi ad alcuni studi

pratici sulla cistotomia e sulla litotrizia, e solo descrivere i principali metodi operativi e non tutti, le esigenze del lettore non devono procedere oltre al modesto di lui proposito col pretendere un'opera compiuta che veramente non ebbe intenzione di fare, ma solo un compendio o prontuario utile ai neopratici che, privi ancora di propria esperienza, trovansi nella necessità di giovare di quella altrui, ed ai quali deve perciò riescire cosa veramente confortevole il rinvenire in succinto raccolto quanto più importa a sapersi nelle gravi difficoltà che, più che nelle altre, si incontrano in questa parte della pratica operativa, dove anche più che nelle altre trovansi divergenti le opinioni degli autori di maggior credito; ragione per cui l'animo dell'esordiente deve necessariamente e frequentemente versare nelle dubbiezze e nelle perplessità.

L'opera però tuttochè degna di lode nulla contiene di veramente originale e nuovo, nè va esente da varie mende, tra le quali annovereremo oltre alle già citate, il difetto di un ordine severo, giacchè, mentre l'autore dedicò la terza parte del suo lavoro alla trattazione della cistotomia e della litotrizia nella donna, poteva prescindere dal parlarne nella prima e nella seconda che furono da lui specialmente consacrate alla trattazione della cistotomia e della litotrizia nell'uomo; per tal modo avrebbe evitate alcune forse inutili ripetizioni. Dacchè suo intendimento era di trattare intorno alle cose principali e più importanti concernenti alla cistotomia ed alla litotrizia nell'uno e nell'altro sesso, sarebbe forse stato meglio che avesse intralasciato taluni particolari d'interesse puramente storico, sia di metodi e pratiche operative, sia di strumenti oggidì meritamente abbandonati.

Se il presente lavoro non ha carattere di originalità, debbesi però molta lode all'autore per la dotta ed utile sua elucubrazione, piena di giudiziosi apprezzamenti e di preziosi consigli che riesciranno certamente assai soccorrevoli agli esordienti nella pratica operativa.

L'epigrafe della sua Opera è costituita dalle seguenti parole: *La mente è la miglior guida alla mano dell'operatore*; ma l'autore co'suoi coscienziati avvertimenti, coi prudenti consigli e coi benefici intendimenti a pro degli ammalati, mostrò che la sua mano è anche guidata dal cuore. Se la qualità della mente e del cuore sono i più grandi titoli al-

l'estimazione degli uomini, la loro riunione in un chirurgo operatore è una benedizione della Provvidenza, è un grande beneficio per l'umanità.

L.

Il medico collegiato comm. Giovanni Battista Borelli concorre con 13 memorie originali riguardanti casi pratici di chirurgia operativa, le quali pubblicò nel 1867 in fine del secondo volume della sua *Raccolta di osservazioni clinico-patologiche*, e con due nuovi capitoli aggiunti alla seconda edizione della sua Opera sulle ernie, corredati da alcune osservazioni pubblicate nei numeri 51 e 52 della *Gazzetta Medica* di Torino dell'anno 1867.

1° *Nuove osservazioni di polipi naso-cranio-faringei e di tumori vertebrali (Statistica e metodo operativo) del dottor collegiato Giovanni Battista Borelli.*

In questa prima memoria sono riferite dieci osservazioni pratiche di polipi svariati naso-cranio-faringei e di tumori vertebrali da lui felicemente operati nello Spedale Mauriziano, e per quanto risulta, tutti stabilmente guariti. Questi casi pratici, di cui alcuni sono veramente interessanti, gli porgono occasione di tracciare succintamente e con molto discernimento le modificazioni operative richieste dalle singole loro varietà.

Prescindendo dal fare cenno dalle pratiche seguite dall'autore nel caso di polipi aventi sede nelle cavità nasali e nelle fauci, in ordine alle quali egli non si scosta da quelle generalmente adoperate dagli altri operatori, importa considerare che nelle contingenze di polipi naso-etmoidali e nasocraniani egli si appiglia al partito di incidere, dapprima con forti forbici, la narice dal lato del polipo costeggiando il setto nasale dalla base sino alla radice del naso, dividendo nello stesso tempo, ove faccia bisogno, l'una dall'altra le ossa nasali e rovesciando in seguito il lembo sopra la guancia per mettere allo scoperto tutta la parte superiore della cavità nasale e praticare i voluti maneggi operativi.

Questa pratica della incisione della pinna nasale già usata dagli antichi quando il polipo non si potea estrarre per l'orifizio delle narici, è anche consigliata dal professore Riberi

nelle sue lezioni orali (Vol. I, pag. 176), che sarebbe bene fosse stato dall'autore citato; se non che il Ribéri avvisa essere in tali occasioni preferibile il partito preso dai moderni, consistente nel tagliare l'ala del naso in fuori nell'unione con la guancia.

Se il polipo naso-faringeo è molto voluminoso l'autore pratica un'incisione dal lato ammalato vicino alla linea mediana del velo pendulo e dell'ugula, e dopo l'estirpazione ne eseguisce la sutura; lo stesso fa nei polipi naso-vertebrali e nei tumori vertebrali, senza però la sutura immediata. In questi ultimi casi, de' quali riferì uno assai interessante, propone, dopo aver inciso il velo pendulo e la membrana mucosa lungo la linea mediana, di far tenere divaricati i margini con uncini mozzi; di afferrare il tumore colle pinze di Museux, di dissecarlo con lunghe forbici curve o col bistouri e di ricorrere in seguito, alle cauterizzazioni e siringazioni d'acqua fredda.

Questa pratica dell'incisione del velo pendulo consigliata da Manne e Nessi era già stata indicata da Ippocrate, poi da Guido da Cauliaco e da Garengot, lodata da Morand e Hevermann, praticata utilmente da Loyscan, Petit e Hulterus. Il Ribéri (luogo citato) se ne mostra poco propenso dicendo avergli l'esperienza dimostrato che essendo lo strappamento di simili polipi quasi sempre seguito da emorragia grave, riesce cosa difficile il ristagnarla allorchè il velo pendulo diviso, più non serva d'appoggio a grossi stuelli. Mi è paruto, soggiunge lo stesso Ribéri che « *gli inconvenienti di quel taglio fossero a pezza maggiori de' suoi vantaggi*, e « posso assicurare che ho sempre conseguito il mio intento, « *avvegnachè io non vi abbia mai ricorso.* »

Attenendosi ai risultati statistici di 29 casi di polipi e di escrescenze polipose da lui osservati, stima il Borelli di avere, colle suaccennate pratiche, formulato il metodo generale del trattamento chirurgico di polipi nasali dal più semplice ai più complicati, e condanna l'ablazione dell'osso mascellare superiore o la sua perforazione nella vòlta palatina proposta da Nélaton come operazione preparatoria all'estirpazione dei polipi naso-etmoidali e naso-craniani, non giudicando necessarie nè l'una nè l'altra pratica. Questa sentenza pare alla Commissione un po' troppo assoluta, comechè i criteri desu-

mibili da sole 29 osservazioni pratiche non abbiano tanto valore da estendersi in modo assoluto a tutte le possibili contingenze pratiche, le quali nelle varietà loro potrebbero per avventura consigliare quelle pratiche speciali che egli giusta la propria esperienza non crede giustificabili.

2° *Osservazioni di tumori nella regione parotidea con riflessioni diagnostico-operative sui tumori.*

La seconda memoria contiene la storia di due tumori alla regione parotidea, uno di natura lipomatosa situato sotto la ghiandola parotide, della grossezza di un uovo, e l'altro di natura fibrosa della grossezza di una noce, stati entrambi dall'autore esportati col taglio.

Attese le parti importantissime che trovansi in tale regione detta perciò pericolosa dall'Amussat, egli raccomanda di procedere con molta circospezione nell'atto operativo; nel caso che le radici del tumore giungessero alla sede di un vaso cospicuo, propone di abbandonare il bistouri, di isolare il tumore con una forte legatura a nodo chirurgico, e di quindi reciderlo a qualche distanza; e di tener in pronto una forte soluzione di ergotina addizionata di percloruro di ferro onde all'uopo inzuppare un battufolo di filaccia ed applicarlo nella ferita onde valga ad arrestare l'emorragia di quei vasi che non si poterono sottoporre alla legatura come può di leggieri accadere, e finalmente di far praticare da un assistente una compressione digitale sulla vena giugulare esterna nella regione sopra-clavicolare ad oggetto d'impedire l'introduzione d'aria nelle vene recise.

La memoria contiene eziandio molte sagge avvertenze intorno alla sede dei vari tumori sotto il punto di vista diagnostico; sono in essa acconciamente tracciati i caratteri distintivi dei cistici e degli acistici, e sono fatte varie considerazioni di rilievo delle quali si prescinde dal fare speciale menzione perchè la materia è più particolarmente attinente alla patologia in generale, che alla chirurgia operativa.

3° *Osservazioni di tumori fungosi alveolo-gengivali con riflessioni patologico-operative.*

Soggetto di questa terza memoria sono quattro storie di tumori epiteliomatosi delle gengive stati felicemente operati nello Spedale Mauriziano.

Le storie sono succintamente redatte, e l'atto operativo si riduce in massima nella recisione del tumore in tutta la sua estensione mediante forbici forti e curve sul piatto, e nella medicazione posteriore con filacce imbibite di tintura di iodio frequentemente rinnovata.

Dopo aver riferita l'analisi istologica di tali tumori praticata dagli egregi dottori Fubini e Moriggia dalla quale è chiarita la loro natura epiteliale, l'autore fa alcune riflessioni pratiche intorno alle malattie degli alveoli e del tessuto osseo-mascellare; le escrescenze gengivali conosciute sotto il nome di epulidi vogliono essere ben distinte dall'alterazione fungosa o sarcomatosa alla quale appartengono i quattro casi da lui narrati.

Da una rapida rassegna delle dottrine e delle pratiche operative degli autori incominciando da Fabrizio, da Acquapendente fino ai contemporanei, fra i quali fa onorevole menzione del nostro Pasero, dimostra che tutti ammettono bensì una varietà di tumori gengivali, ma nessuno ne forma delle specie distinte comprendendoli tutti sotto il titolo di epulidi, che in ultima analisi si riducono alla distinzione in benigni e maligni, in comuni o cancerosi.

Questa distinzione, secondo il Borelli, se è esatta per riguardo alla pratica operativa, non la è in ordine alla patologia speciale, giacchè i tumori cancerosi di queste regioni non sono proprii nè delle gengive, nè dei denti, nè degli alveoli, ma piuttosto del corpo dell'osso della mascella, onde il così detto fungo dell'osso.

Fa menzione di un tumore di cui è riferita la storia nelle opere di Desault, stato designato col nome di fungo della mascella inferiore, mentre era in realtà un tumore alveolo-gengivale complicato da necrosi della mandibola. Non approva la distinzione fatta dal Monteggia delle epulidi in polipose, fungose e cancerose; dimostra come la vera epulide consistente in una semplice ipertrofia del tessuto gengivale sia da distinguersi dai tumori fungosi i quali sorgono dal tessuto osseo del margine mandibolare e richiedono inesorabilmente l'escisione profonda con l'estirpazione dei pezzi necrotici, mentre le prime guariscono per lo più colla estrazione del dente carioso aggiuntavi all'uopo l'escisione del tumore. Accenna alla distinzione da farsi tra la parulide ed i tumori

fungosi alveolo-gengivali non di rado fra loro confusi, indicandone i caratteri distintivi. Parla delle cisti ossee delle mandibole, malattia chiarita dagli scritti del Dupuytren e del nostro Riberi non che delle esostosi delle mandibole, e ne indica i caratteri distintivi dai tumori fungosi alveolo-gengivali.

Dopo avere specialmente ragionato dell'eziologia e della condizione patologica dei tumori fungosi-alveolo gengivali consistente essenzialmente in un'alterazione degli alveoli, loro periostei onde poi le alterazioni gengivali e dentali, conchiude che la cura si risolve nell'esportazione totale del tumore, e la distruzione con profonda cauterizzazione del fondo morbosso su cui desso si è svolto, descrivendone l'atto operativo.

Il merito della presente memoria sta più nelle considerazioni patologiche sui caratteri differenziali dei tumori dell'anzidetta regione, che nel metodo operativo che nulla presenta di veramente nuovo.

4° Osservazioni di corpi estranei nell'esofago; nella vagina e nell'orecchio.

Seguono tre osservazioni di corpi stranieri estratti dall'esofago, dalla vagina e dall'orecchio. Queste storie dimostrano la perizia operativa dell'autore il quale sa prendere partito nelle diverse contingenze, adottare l'atto operativo meglio rispondente alle particolari contingenze pratiche, e valersi di strumenti anche comuni per eseguire d'urgenza operazioni difficili. Però i casi suaccennati non escono dalla cerchia della comune chirurgia operativa.

5° Casi di clinica oftalmologica.

Seguono sei storie di casi di clinica oftalmologica.

Il primo di *flogosi oculare*, a detta del Borelli, non ancora descritta dagli autori.

Il secondo di *doppia cataratta* molle guarita rapidamente coll'estrazione lineare.

Il terzo di *esottalmo sinistro* sanato rapidamente coi rivulsivi interni.

Il quarto di *stafiloma totale* opaco conico guarito col metodo della legatura.

Il quinto di *tumore perisclerotico*.

Il sesto di *tumore entro-orbitale con ipertrofia delle due palpebre*.

Si ommette di considerare il caso di *oftalmia* e quello dell'*esotismo* guarito coi rivulsivi perchè la materia non entra nel programma del presente concorso.

Nulla havvi di nuovo nell'osservazione di doppia cataratta molle guarita felicemente coll'estrazione lineare, trovasi però la conferma di quanto già asserì il Borelli intorno alla bontà di tale metodo nei casi di cataratte molli o semimolli, d'accordo in ciò coi professori Stæber di Strasburgo ed il nostro Sperino.

Il caso di *stafiloma opaco* totale conico guarito colla legatura è molto interessante, e risolve ogni dubbio sull'utilità di questo metodo già da lui preconizzato in precedenti memorie pubblicate fino dal 1858 nel giornale di oftalmologia; è merito incontestabile del Borelli quello di aver chiamata l'attenzione degli operatori sopra questo metodo troppo dimenticato che egli da molti anni pratica con lusinghiero successo.

Il preaccennato *tumore perisclerotico* si può riferire ai fibro-plastici di cui parla il Mackensie, e ciò è confermato dall'analisi istologica praticata dal dott. Fubini. Giaceva il tumore nella parte superiore esterna dell'orbita sinistra, il suo volume comprimeva il globo dell'occhio con indebolimento di vista e diplopia.

L'autore inclina a credere che la sede del tumore fosse nel fino tessuto connettivo lamellare che riunisce la sottile lamina aponeurotica che copre la sclerotica; attesa la stretta sua aderenza a quest'ultima, fu obbligato ad incidere la commessura esterna delle palpebre onde mettere allo scoperto i tessuti sopraposti al tumore.

Il sesto caso di clinica oftalmologica si riferisce all'osservazione di un voluminoso tumore [entro-orbitale destro con ipertrofia delle due palpebre stato con esito operato in una donna, la quale decedette successivamente per risipola facciale diffusa al capillizio.

Una macchia rossastra congenita al terzo interno del sopracciglio destro che discendeva sopra la palpebra, andò gradatamente crescendo in larghezza e spessore col volgere degli

anni sino a coprire ai 60 anni, tutto il sopracciglio e rendere il margine palpebrale superiore al doppio di estensione e spessore colla palpebra inferiore anch'essa impigliata, offrente un tumore pendente come una borsa tutt' affatto rotonda, e la commessura interna abbassata sino al livello dell' apertura delle narici. L' occhio si conservò sano colla facoltà visiva.

Stette alquanto perplesso l'autore se dovesse divenire alla completa estirpazione stante il sospetto della natura erettile del tumore segnatamente nella parte superiore per la temuta emorragia. Pensò quindi potere almeno liberare la donna dal tumore inferiore e correggere così in parte la deformità e diminuire le sofferenze. E ciò fece mediante la legatura, facendo passare una serie di fili doppi alla base del tumore, dalla sua estremità esterna all'interna, annodandoli quindi a due e strozzando così successivamente la parte intermedia del tumore.

Ammessi l'opinione dell'autore che il tumore fosse di natura vascolare od erettile, la Commissione non vi scorgerebbe quella singolarità da lui attribuitagli, per cui lo dichiarò unico nel suo genere, come che non siano tanto rari i tumori erettili delle palpebre e la legatura a porzioni successive con più fili, metodo oggi giorno prescelto in tali casi dalla maggior parte dei pratici.

6. *Abolizione definitiva della cistotomia nella donna ed estrazione dei calcoli e dei corpi estranei dalla vescica colla dilatazione rapida progressiva dell' uretra e del collo della vescica.*

Premesse alcune considerazioni sulla grande estensibilità e retrattilità di certi tessuti della nostra economia, e citati gli esempi dell' estensione che acquistano le pareti addominali durante la gravidanza e la pronta loro retrazione dopo il parto, la grande dilatabilità dell'utero, della vescica e dell'intestino retto in certe contingenze, l'autore emette opinione essere tanta l'estensione e la retrattilità che possono acquistare il collo della vescica e l'uretra nella donna, che i calcoli di enorme volume possono passarvi senza lesione considerevole, e senza lasciare alcuna perdita o incontinenza d'urina.

In tal convinzione fu indotto l'autore da felici risultati nella propria pratica, essendo riescito in prima ad estrarre due calcoli della grossezza di una nocciuola colla semplice dilatazione dell'uretra in una fanciulla di 5 anni; consecutivamente un altro assai più grosso, cioè del diametro maggiore di 3 centimetri e del minore di 2 e $1\frac{1}{2}$ dall'uretra di altra fanciulla di 6 anni e mezzo con un maneggio della durata non maggiore di 4 a 5 minuti primi, e finalmente un calcolo voluminosissimo assai duro, bianco, di forma un po' appiattito, avente la circonferenza maggiore di 17 centimetri, la minore di 12, il diametro maggiore di 6, ed il minore di 4 e $1\frac{1}{2}$ in una donna di 28 anni colla semplice graduata dilatazione dell'uretra e del collo della vescica come nei casi precedenti. L'uretra si restrinse tantosto, e la donna guarì assai bene senza la conseguenza dell'incontinenza d'urina. Quest'ultimo fatto è ritenuto dall'autore come decisivo per fare definitivamente abolire la cistotomia nella donna e adottare in sua vece l'estrazione dei calcoli colla *dilatazione rapida progressiva dell'uretra e del collo della vescica* che riassume nei termini seguenti:

- 1° Introduzione nella vescica di pinze da medicazione e dilatazione con esse dell'uretra e del collo della vescica;
- 2° Introduzione del dito mignolo e con esso nuova dilatazione;
- 3° Introduzione dell'indice e dilatazione;
- 4° Introduzione delle tenaglie a calcoli e dilatazione;
- 5° Estrazione del calcolo coi maneggi metodici conosciuti appoggiando fortemente sulla vagina.

Il nostro Borelli non pretende alla novità del metodo, e, se confessa esistere nella storia della medicina operativa casi di calcoli nelle donne assai voluminosi, sortiti o spontaneamente od estratti colla graduata dilatazione lenta dell'uretra e del collo della vescica mediante i noti mezzi della spugna o di un pezzo di genziana, egli è però d'opinione che, dietro l'invenzione della litotrizia, debba raramente succedere il bisogno di ricorrere alla dilatazione *pronta o lenta* siccome metodo, ma soltanto si possa servire della prima in ispecie per favorire l'estrazione di frammenti maggiori e risparmiare così replicate sedute.

Se il metodo non è nuovo, soggiunge però il Borelli, es-

sere nuovo il suo processo di graduata e pronta dilatazione quale fu or ora descritta, che sortì nella sua pratica così felice successo.

La Commissione non scorge però altra differenza tra la dilatazione pronta di cui Toletto fu autore e quella del Borelli se non in ciò, che il Toletto la praticava gradatamente con un *gorgeret* o con uno *speculum trivalve*, mentre il Borelli vuole eseguirla dapprima colle dita e successivamente colla stessa tenaglia destinata all'estrazione dei calcoli. È merito del Borelli lo aver richiamato l'attenzione dei pratici al riguardo, ed i suoi successi contribuiranno sempre più a dimostrare essere assai rari i casi della necessità della cistotomia muliebre, sebbene la Commissione non possa soscrivere all'assoluta di lui sentenza dell'*abolizione definitiva della cistotomia nella donna*, non stimando sufficienti i casi da lui addotti per quanto fortunati siano riusciti, ad autorizzarla e non potendosi altronde prevedere tutte le eventuali svariate congiunture che potrebbero consigliare i chirurghi ad agire altrimenti.

È per certo rispettabile l'autorità del professore Botto da Genova il quale, avendo veduto l'espulsione spontanea dall'uretra femminile, di un grosso calcolo, si accosta all'opinione del Borelli. Ciò non pertanto non potrebbe la Commissione allontanarsi dalla suespressa sua riserva, sapendo come vi siano autorità contrarie di non minore valore, come ad esempio quelle di Vidal de Cassis e di Velpeau.

7. *Metodo semplice e sicuro della cistotomia nell'uomo. Metodo mediano modificato.*

Coerente a se stesso il Borelli dovette cercare di risparmiare per quanto è possibile i tagli anche nella cistotomia maschile, traendo partito dalla dilatabilità dell'uretra e del collo della vescica per l'estrazione dei calcoli. Ciò lo condusse a far rivivere, sull'esempio dei professori Rizzoli di Bologna e Botto di Genova, il metodo di Mariano Santo, detto il grande apparecchio, da lui convenire dire assai utilmente modificato. Abbandonò il Borelli il metodo bilaterale del Dupuytren che da oltre venti anni aveva esclusivamente adottato, per appigliarsi al taglio mediano da lui ora generalizzato; la sua modificazione consiste nell'incidere sulla linea mediana la parte

membranosa dell'uretra risparmiando del tutto la bulbosa ed anche la prostata, restando questa appena scalfità nella sua estremità anteriore. Per non perdere i vantaggi del suo cistotomo che è quello stesso del Dupuytren convertito in punta di *tre quarti* alla sua estremità vescicale fece costruire un'asta conduttrice sul modello di detto cistotomo con un largo solco sulla sua superficie convessa la cui estremità vescicale porta il fondo cieco della scanalatura alla distanza di circa quattro centimetri dal suo termine, al quale fondo cieco che corrisponde precisamente al cominciare della regione prostatica, si arresta il bistouri dopo recisa la porzione membranosa dell'uretra.

Dapprima l'autore, dopo praticata l'incisione perineale mediana, spingeva la punta del dito indice lungo il solco indicato, e passando tra l'asta e la porzione membranosa dell'uretra divisa dallo strumento, entrava nella porzione prostatica ed in seguito nella vescica.

Essendosi quindi accorto che non era sempre facile il far penetrare l'indice tra lo strumento e l'uretra divisa, abbandonò tale metodo, e si appigliò da due anni al seguente:

Introdotta la sonda in vescica l'operatore afferra questa per la sua parte esterna colla mano sinistra, di cui il pollice va ad appoggiarsi al disopra del padiglione della sonda; la porta in direzione parallela alle pareti addominali, la spinge in seguito con forza e fermezza di guisa che la sua estremità vescicale venga a comprimere il collo della vescica e la regione prostatica in basso ed in avanti verso il perineo. Ciò ottenuto egli immerge direttamente colla mano destra il bistouri sulla linea mediana del perineo, alla distanza non più di tre a quattro centimetri al disopra dell'orifizio anale, onde non ferire il bulbo uretrale, cerca colla punta del bistouri la scanalatura della sonda in direzione e corrispondenza della porzione membranosa dell'uretra e la spinge sino al fondo cieco, che per la posizione data alla sonda, corrisponde precisamente al cominciare della regione prostatica: ritira in seguito il bistouri facendo descrivere al suo manico un 'piccolo arco di cerchio in basso, di guisa che l'incisione esterna venga a terminare al margine stesso dell'orifizio anale.

Con questo processo si ottiene un'incisione della forma di un isoscele molto prolungato di cui la base corrisponde alla

metà inferiore del perineo e la punta fortemente smozzata, alla regione membranosa e alla sommità della prostata.

Ciò fatto egli rialza fortemente contro il pube la curvatura della sonda, introduce tra questa e l'uretra incisa la punta dell'indice che spinge lentamente ma con forza sufficiente sino alla vescica, ritira la sonda, allarga tutto all'intorno la regione prostatica e il collo della vescica collo stesso dito, introduce sulla punta di questo le tenaglie e termina l'operazione.

Ma come mai, avverte lo stesso Borelli, potranno estrarsi grossi calcoli per un'incisione così limitata?; e quindi soggiunge, le qualità fisico-vitali menzionate nella precedente comunicazione, vale a dire la estensibilità e la retrattilità dei tessuti organici, danno la soluzione di questo problema. Egli ricorre dunque, alla dilatazione dell'uretra prostatica e del collo vescicale, che si lasciano facilmente distendere (sono sue parole) e soventi anche lacerare per dare uscita a calcoli voluminosissimi.

Il Borelli ha piena fiducia in questa sua modificazione della cistotomia mediana che pratica esclusivamente da due anni con costante successo. L'opera del pratico coscienzioso dovendo necessariamente conformarsi ai dettami dell'esperienza, egli ha tutta ragione di attenervisi e di preconizzarla. Ma potrà egli conseguire che la sua fiducia e le sue convinzioni passino nell'animo degli altri chirurghi? Di ciò dubita assai la Commissione la quale pur ammettendo la maggiore ampiezza del tragitto ottenibile dopo il taglio, mediante la dilatazione, sa pure che la dilatazione ha e deve avere un limite necessariamente segnato dalla lacerazione delle parti in cui si esercita.

Ove trattisi di calcoli piccoli o di mediocre volume, il taglio mediano modificato dal Borelli risponde certamente all'indicazione ed è anche preferibile ad altri come quello che maggiormente guarentisce dall'emorragia; ma nel caso che si abbia a fare con calcoli voluminosi, la Commissione deve necessariamente posporlo agli altri metodi perineali che forniscono con tagli regolari una maggiore apertura al loro tragitto.

Nè vale il dire, che anche cogli altri più ampi tagli perineali possono avvenire ed avvengono realmente talora le la-

cerazioni, avvegnachè si debbano sempre dal pratico preferire quelle pratiche che maggiormente da quelle lacerazioni guarantiscono. Ora egli è cosa indubitata che, con ampi tagli, le lacerazioni avverranno sempre minori e più raramente che non con tagli piccoli, quale è quello del grande apparecchio o metodo mediano da lungo tempo abbandonato dalla maggioranza degli operatori, sebbene abbia in suo favore la rispettabile autorità dei professori Rizzoli di Bologna e Botto di Genova.

Ciò non pertanto, trattandosi di calcoli non voluminosi e non eccedenti il diametro di tre a quattro centimetri è innegabile che il taglio mediano quale fu modificato dal Borelli merita l'attenzione dei pratici, come quello che evita il taglio del bulbo dell'uretra che aveva luogo secondo il metodo originario di Mariano Santo, ed evita il taglio dei condotti eiaculatori in cui incorreva lo stesso metodo, quale fu modificato dal Vac-Berlinghieri. Egli è ancora ad osservare in favore del metodo modificato dal Borelli, che dopo praticato il taglio della sola parte membranosa dell'uretra, si potrebbe ricorrere più utilmente al litotritore nel caso di calcoli voluminosi, essendo allora la condizione dell'uomo paraggiata a quella della donna in ordine alla pratica della litotrizia.

8. *Nuovo metodo di amputazione della gamba per ottenere una protesi comoda e solida.*

Il dott. Borelli ad oggetto d'ovviare alle difficoltà che incontrano gli amputati della gamba per servirsi di un membro artificiale atteso lo sporgimento dei margini ossia degli angoli dell'osso segato al dissotto della pelle per non essere a sufficienza protetto da tessuti molli, immaginò un nuovo metodo di amputazione, a fine di ottenere una protesi comoda e solida.

Dopo fatto il taglio circolare della cute e delle parti molli secondo le regole ordinarie, a vece della sezione trasversale degli ossi, egli ne pratica due obblique; la prima dall'indentro all'infuori e dall'alto al basso facendo un angolo acuto di circa 40 gradi; eseguisce in seguito la dissezione delle parti molli della superficie anteriore della tibia con un'incisione semicircolare del periostio all'altezza di circa due cen-

timetri, e pratica in fine la seconda sezione obliqua della tibia dall'alto al basso e dall'avanti all'indietro cominciando all'altezza menzionata e discendendo fin verso il margine posteriore dell'osso. Per questa foggia il peroneo resta segato più in alto della tibia, e questa, per la doppia sezione, presenta una specie di cono osseo appiattito anteriormente, che ha il suo apice alle estremità tagliate della tibia e del peroneo, circondato dagli spessi tessuti della parte posteriore del lembo.

Per questo metodo vide l'Autore che tutti gli amputati della gamba che sopravvissero, presentarono una cicatrice sottile e spessa all'estremità del moncone, e poterono in conseguenza comodamente servirsi del membro artificiale.

Il metodo del Borelli è per certo ingegnoso, ma indubitatamente, per la doppia segatura obliqua e per il distacco a farsi delle parti molli dalla parte anteriore della tibia tra l'una e l'altra segatura, l'operazione deve necessariamente riescire più lunga e più dolorosa dell'ordinaria, e maggiormente gravi debbono risultare le conseguenze del più esteso traumatismo.

Per queste ragioni crede la Commissione che difficilmente i chirurghi, a malgrado dei felici risultati pratici conseguiti dall'Autore, saranno per risolversi a seguirlo in questa via, e ciò tanto meno da che l'ortopedia somministra oggidì stivaletti assai acconci e soffici che possono in gran parte rimediare agli inconvenienti che indussero il nostro Borelli ad ideare questo ingegnoso suo metodo.

9. Sezione sottocutanea del muscolo pronatore quadrato dell'avambraccio.

Lesse, già tempo, il Borelli una memoria in cui era riferito come, a malgrado di 29 tenotomie praticate in un individuo da Giulio Guérin, non siasi potuto, se non imperfettamente, correggere una pronazione permanente dell'avambraccio cagionata da malattia traumatica. Egli ebbe motivo di credere che l'incompiuto successo fosse da attribuirsi alla non eseguita recisione del muscolo pronatore quadrato.

Ideò conseguentemente un metodo per l'effettuazione di tale miotomia, e dagli sperimenti fatti sul cadavere fu indotto a credere che, occorrendo il caso, possa acconciamente

rispondere allo scopo. Descrive minutamente l'atto operativo quale fu da lui ideato e sperimentato sul cadavere, e confida che possa nell'avvenire prendere posto tra le ordinarie operazioni chirurgiche.

Nel caso di pronazione permanente dell'avambraccio esclusivamente prodotta da retrazione del muscolo pronatore quadrato, naturale è l'induzione che se ne ottenga la guarigione mediante l'anzidetta operazione, la quale, come benissimo afferma l'egregio Autore, appartiene alla chirurgia dell'avvenire, essendo indispensabile la sanzione pratica perchè essa possa prender posto tra le ordinarie operazioni chirurgiche.

10. *Metodo operativo per il cateterismo a sonda retta per la dilatazione forzata dell'uretra e per l'estrazione di piccoli calcoli dalla vescica urinaria.*

La curvatura sotto-pubica del canale uretrale è, dice il Borelli, la cagione che si oppone all'introduzione di sonde rette per entro al medesimo, e forma il maggiore ostacolo per operare sulla porzione membranosa, sede ordinaria degli ostacoli uretrali, e per l'estrazione dei piccoli calcoli dalla vescica urinaria.

Mentre l'uretra, egli soggiunge, resta fissata nel suo passaggio attraverso l'aponeurosi perineale media, è alcun poco rialzata al di sopra del suo piano orizzontale dal legamento sospensorio del pene. Facendo studi e sperimenti operativi sul cadavere, riconobbe che, praticando il taglio dell'anzidetto legamento, cessa ivi l'inflessione dell'uretra, e questa prende una direzione retta, che rende facile l'introduzione di sonde rette per entro alla medesima.

Ciò lo indusse a proporre il taglio del legamento sospensorio del pene, e ne descrisse l'atto operativo molto semplice ed agevole da lui sperimentato sul cadavere. Affidava eziandio il Borelli alla pratica del futuro quest'altra operazione da lui ideata che finora non ebbe occasione di sperimentare sopra il vivente. Mancando tale necessaria sanzione pratica, per quanto ragionevoli si vogliano credere le induzioni del Borelli, deve la Commissione astenersi dal portare giudizio intorno al valore pratico di questa sindesmotomia, ed imitando il suo esempio, deferirlo all'esperienza dell'avvenire.

11. *Condizioni essenziali per intraprendere la cura radicale delle ernie e prevenire in modo sicuro ogni pericolo di strangolamento.*

Nelle molte proposte di metodi operativi per la guarigione radicale delle ernie, dice il Borelli, non si è tenuto conto sufficiente della parte che spetta agli anelli erniari, sia negli strangolamenti, sia nel meccanismo della loro chiusura per la cicatrizzazione.

Siccome gli strangolamenti sono fatti da questi anelli fibrosi che stringono i visceri come in una morsa, è chiaro, egli soggiunge, che distruggendoli col taglio ne sarà impedito lo strozzamento, oltre che i versamenti plastici susseguenti all'infiammazione adesiva degli anelli recisi, porranno un ostacolo all'uscita dei visceri dalle loro cavità naturali.

La sezione degli anelli può effettuarsi col metodo sottocutaneo che egli acconciamente descrive per quanto spetta all'orifizio esterno del canale inguinale, avendo avuto occasione di praticarla una volta con esito nello Spedale Mauriziano. L'individuo operato fu visitato da due membri della presente Commissione tre mesi dopo l'operazione, e l'ernia non erasi riprodotta.

Egli servesi per l'operazione di un tenotomo a punta arrotondata e tagliente colla curva di un temperino; nulla sarebbe più pericoloso, avverte, che il servirsi di un tenotomo a punta acuta. La punta del tenotomo deve essere guidata dall'apice del dito indice della mano sinistra che ne limita l'azione. Devesi insinuare la punta del dito qualche centimetro al dissotto dell'anello inguinale, cioè alla base dello scroto e spingendo questo in alto, si può facilmente far penetrare il dito entro all'anello. La posizione dell'operando supina attraverso il letto colle gambe divaricate, tra le quali si mette l'operatore, è la più conveniente. Ecco l'atto operativo descritto colle parole stesse dell'Autore. « Supponendo che si « tratti dell'incisione del pilastro esterno inguinale sinistro, « l'operatore comincia per appuntare l'apice dell'indice sinistro alla base dello scroto e lo spinge rivestito della pelle « della regione inguinale nella direzione dell'anello per introdurlo nel medesimo. In questa posizione egli fissa un « punto al lato esterno del dito, alla distanza di circa un

« centimetro da questo e due centimetri al dissotto dell'anello, il quale punto si presti all'introduzione del tenotomo per modo che questo, dal detto punto possa essere spinto pur desso nell'anello inguinale per trovarsi al momento opportuno al lato esterno dell'apice del dito nell'anello stesso. Ben fissato quel punto si ritira il dito indice, si fa colla punta di una lancetta una piccola incisione cutanea sul medesimo punto, s'introduce in questo la punta del tenotomo, lo si fa scorrere sotto la pelle sino al margine dell'anello e la vi si mantiene. Allora l'operatore introduce di nuovo come prima l'apice del dito indice sin dentro l'anello e fa poscia scorrere tra il dito rivestito dalla pelle e l'anello la punta del tenotomo di contro il lato esterno da incidersi, rivolge il margine tagliente contro questo e con due movimenti combinati, di pressione cioè col polpastrello dell'indice sul dorso del tenotomo, e di sezione che imprime a questo colla mano destra, va bel bello incidendo *orizzontalmente ed al dissopra del legamento di Fallopio* l'anello finchè non senta più una resistenza fibrosa determinata. Ciò fatto, copre con un pezzetto di cerotto adesivo o con una goccia di collodion la piccola incisione cutanea e l'operazione è terminata. »

L'Autore afferma praticabile così fatta sezione col metodo sotto-cutaneo, tanto nei casi d'ernia inguinale, quanto in quelli di ernia crurale, e crede potersi operare, non solo sugli anelli esterni, ma anche sugli interni, sul canale intermedio, e persino sul cingolo fibroso del sacco erniario, qualora lo strozzamento fosse da questo dipendente.

Dopo avere ragionato sulla possibilità e sul modo di evitare la lesione dei visceri e dei vasi circostanti agli anelli emette le proposizioni seguenti:

« 1° *Gli anelli fibrosi* o direttamente o indirettamente sono la causa degli strangolamenti erniarii; sopprimendoli, si allontana la possibilità d'ogni strangolamento.

« 2° In tutte le autoplastie per la cura radicale delle ernie si deve sezionare col metodo sottocutaneo, questi anelli fibrosi, sia per annularli, e sia per ottenere colla loro sezione degli essudati plastici proprii a chiudere le aperture erniarie.

« 3° In qualunque ernia inguino-crurale, incidendo i soli

« anelli esterni e promovendone la chiusura con un'essudazione plastica e con una cicatrice, havvi probabilità che si giunga a prevenire ogni strangolamento erniario anche al di là dei medesimi verso l'addome. »

Qualunque sia il valore dell'unico caso pratico riferito dall'autore, solamente potrebbe valutarsi per rapporto all'incisione degli anelli esterni, che convien dire, è la più facile e meno pericolosa. Il felice esito ottenuto in un sol caso di tale natura non potrebbe, a mente della Commissione, fornire sufficiente fondamento all'autore per proporre l'applicazione di tale pratica agli altri casi certamente più ardui in cui gli strozzamenti sono operati dagli anelli interni, dai condotti intermedi e persino dal sacco. A simili proposte del Borelli non ancora sancite dall'esperienza pratica, potrebbesi accordare un solo valore induttivo.

Tale operazione è già da lungo tempo conosciuta, e sopra di essa sono assai divergenti i giudizi dei pratici. Velpeau ne attribuisce l'invenzione a Leblanc e ripone in essa qualche fiducia. Gian Luigi Petit e Lassus credono che le incisioni degli anelli siano più proprie a far rilasciare anzichè a fortificare i canali o le aperture erniarie. (V. Velpeau. Nouveaux éléments de Médecine opératoire, Paris, 1841, Vol. 2°, pag. 305). Il Vidal dice: « *Je crois qu'en scarifiant un anneau de l'abdomen, on l'agrandit au lieu de le rétrécir; aussi la méthode des scarifications ne doit-elle inspirer aucune confiance.* » (Traité de Pathologie externe. Paris 1861. Vol. 4°, pag. 224). » Alfonso Guérin non vuole pronunziarsi sul valore di tal metodo, benchè nelle mani di Giulio Guérin abbia avuto incontestabili successi, atteso che quest'abile operatore non ha fatti di pubblica ragione i risultati della sua pratica. (Eléments de chirurgie opératoire par Alphonse Guérin. Paris, 1864, pag. 438).

Il processo operativo di Giulio Guérin è assai analogo a quello del Borelli e presenta forse maggiore semplicità. Ecco testualmente quale è descritto a fogli 536 dell'opera precitata di Alfonso Guérin.

« Le malade ayant les cuisses écartées et un peu fléchies sur le bassin, le chirurgien saisit le scrotum près de sa racine et repousse en arrière le cordon avec tous les éléments qui le composent; puis le confiant à un aide, il fait à 3

« ou 4 centimètres au-dessous de l'anneau inguinal externe, « un pli transversal, à la base duquel il pratique une pon- « ction avec un petit bistouri tranchant des deux côtés. Un « ténotome introduit par cette incision dans le canal ingui- « nal, sert à scarifier les parois de conduite en haut, en dehors « et en dedans, mais non en bas, où l'on blesserait infailli- « blement le cordon. En retirant le ténotome, on divise pro- « fondément les deux piliers dont l'écartement constitue l'an- «neau inguinal externe. On applique un morceau de taffe- « tas gommé ou de speradrap sur la petite plaie extérieure. »

Non si sa, se il Guérin che, come fu detto, non pubblicò le sue osservazioni, limitasse tale recisione all'anello esterno del canale inguinale, oppure l'estendesse eziandio all'anello interno, al canale intermedio ed anche al canale crurale come propone il Borelli.

La Commissione ad ogni modo, ravvisa nel nostro concittadino come in Giulio Guérin, il merito di aver chiamata l'attenzione dei chirurghi sopra tale metodo il quale potrebbe forse corrispondere all'indicazione limitandola alla recisione dell'anello esterno; dice *forse*, perchè il Guérin non riferì osservazioni di sorta, ed il Borelli una sola; ed ammettendo che nell'osservazione di questi la cura sia stata veramente radicale perchè dopo tre mesi dall'operazione l'ernia non si era ancora riprodotta, si avrebbe già un'arra per quel giudizio che l'esimio Borelli sulle sorti di tal operazione affida all'avvenire, alla quale commendevole riserva si associa pure la Commissione.

12. *Mezzo radicale per diminuire la mortalità dopo le operazioni chirurgiche.*

In conseguenza del traumatismo operativo, tutti sanno, come non di rado sopravvengano malauguratamente risipole, flebiti ed infezioni purulente che riescono pericolose e talora letali all'operato.

Il Borelli, giustamente preoccupato, come tutti gli operatori, di così lamentevoli conseguenze, studiò sempre, ed attuò costantemente tutti quei mezzi che potè stimare acconci a prevenirle risparmiando tagli e semplificando le operazioni. Le dottrine esternate dal dott. Borelli intorno all'eziologia, alla natura e decorso di così fatte malattie sono improntate di

quel senno pratico che tutti in lui riconoscono. Si prescinde dal farne speciale menzione perchè l'argomento è più propriamente attinente alla patologia generale. Basterà riprodurre i cinque seguenti aforismi che le compendiano. Ecco le sue parole :

« Io ritengo la flebite nel suo primo periodo distinta dall'infezione purulenta.

« 2° La flebite può venire arrestata nel suo corso e non rendersi mortale (flebite congestiva, otturatrice, essudativa).

« 3° La flebite può diffondersi, invadere le grosse vene ed anche il cuore e riescire prestamente mortale (flebite diffusa).

« 4° La flebite può dare luogo alla suppurazione nel corso delle vene e per l'assorbimento e il trasporto dei globuli purulenti, dare luogo altresì alla infezione purulenta e con questa confondersi nei sistemi (flebite suppurativa).

« La flebite suppurativa può ancora manifestarsi sotto forma di ascessi circoscritti senza dar luogo all'assorbimento ed all'infezione purulenta e perciò senza essere mortale (flebite suppurata ascessiforme). »

L'infezione purulenta essendo maggiormente a temersi quando vi è lesione ossea, sia per traumatismo accidentale o chirurgico, come che nella suppurazione acuta delle ossa si formino al contatto dell'aria degli elementi assai infesti all'economia vivente, l'Autore consiglia di scongiurare in questi casi l'infezione col cauterio attuale come il più efficace, ed in via succedanea, coi caustici potenziali, fra quali raccomanda il percloruro di ferro. Da una quindicina d'anni egli impiega utilmente la tintura di jodio che applica alla superficie amputata delle ossa mediante filaccine di essa imbevute.

I vasi linfatici e venosi aperti negli atti operativi, infiammandosi, danno luogo alle tristi conseguenze premenzionate. Conchiude conseguentemente il Borelli doversi pensare ad abbandonare assolutamente gli strumenti taglienti. Ecco il mezzo radicale da lui proposto che farà certamente inarcare a molti i sopraccigli. Questa proposizione, soggiunge egli tosto, *so bene che non è realizzabile nello stato attuale della pratica chirurgica e che non la diverrà forse mai.* Ciò non pertanto invita i colleghi ad indirizzarsi per quanto possono, in questa via a fine di ottenere almeno una parte se non il tutto. A questo scopo egli si adoperò per far abolire la cistotomia

nella donna ed a convertire la cistotomia nell'uomo, in una limitatissima incisione uretrale.

Per questa ragione egli opera lo stafiloma colla legatura e non pratica più quasi erniotomie, potendone ottenere la riduzione incruenta con una mortalità minima dal 5 a 6 per cento come ha dimostrato nella pregiata sua opera sulla *Riduzione incruenta delle ernie strangolate*.

A questo scopo tendono ancora, egli soggiunge, le frecce e certi metodi operativi dell'illustre Maisonneuve, lo schiacciatore lineare ed il drenaggio del Chassaignac, e rammenta altresì come l'antica chirurgia e massimamente quella degli Arabi posponesse gli strumenti taglienti, alle legature, ai caustici ed al fuoco.

È questo un desiderio di cui il Borelli affida la realizzazione ai futuri progressi della chirurgia. Applaudiva la Commissione alle filantropiche aspirazioni dell'Autore, sebbene non possa allietarsi di tanta speranza, ed abbia per fermo che l'umanità sofferente dovrà più saper gli grado delle benefiche sue intenzioni, che non sperimentarne gli effetti.

13. Nuovo metodo operativo per le fistole anali a grandi distanze dall'ano.

Presentavasi alla cura del dott. Borelli una giovanetta avente una fistola anale completa, di cui gli orifizi, così interno come esterno, distavano da quello dell'ano dai sette alli otto centimetri.

Siccome, appigliandosi al metodo ordinario della incisione ne sarebbe derivata una vasta breccia con tutte le sue gravi temibili conseguenze, andò pensando a qualche altro spediente con cui si potesse prescindere da così fatta estesa spaccatura. Sarebbe egli possibile, chiese l'Autore a sè stesso, ottenere la guarigione di una fistola profonda sostituendone una più superficiale cioè più prossima all'ano; ed in caso affermativo, potrebbesi colla guarigione della seconda ottenere eziandio quella della prima? Presumette l'Autore di poter conseguire il suo intento col seguente metodo operativo, e l'esito corrispose alle sue speranze. Eccone testualmente riprodotta la descrizione.

« Feci penetrare una sonda metallica solcata lungo il tragitto fistoloso facendone metter capo alla punta nell'intestino

« retto, introdussi quindi nell'ano il conduttore di legno (gor-
 « geret) fino al riscontro di quella, feci appoggiare sulla sol-
 « catura di questo la punta della sonda come praticasi abi-
 « tualmente, ed allora, invece di fare scorrere il bistouri
 « acuto lungo la solcatura della sonda metallica, lo feci scor-
 « rere su quello del conduttore in legno per l'ano; feci ap-
 « poggiare sulla solcatura della sonda metallica la punta del
 « bistouri, la feci scorrere su di essa all'esterno per qualche
 « centimetro, quindi estraendo il bistouri, praticai un'incisione
 « lungo l'intestino retto sugli sfinteri e sul margine dell'ano
 « di circa due centimetri. Ne risultò un'incisione precisamente
 « come se si fosse operata una fistola anale della profondità
 « all'incirca di due centimetri. »

Con quest'atto operativo ebbe l'Autore la soddisfazione di ottenere dopo venti giorni una compiuta guarigione.

Derivare per una via più facile e più breve l'umore puru-
 lento che elaborato attorno all'intestino filtra continuamente
 nell'antico tragitto e ne impedisce la cicatrice e mettere con-
 seguentemente questo in condizione di chiudersi, ecco il pro-
 blema che si era proposto l'Autore e di cui ottenne la felice
 soluzione col metodo operativo da lui escogitato.

Questo metodo è per certo assai ingegnoso e razionale.
 Qualora ulteriori applicazioni utili vengano a dargli quella
 sanzione pratica che non può avere da una sola, molto me-
 rito ne deriverà all'Autore il quale ciò nulla meno già può
 andar lieto di questo primo successo, e trovarvi un'arra lu-
 singhiera per l'avvenire.

Non deve però dissimulare la Commissione che, a mente
 sua, grande difficoltà e talora anche insuperabile sarà per
 incontrare il chirurgo nell'imbarciare colla punta del bistouri,
 guidato dal solo *gorgeret*, l'apertura interna della fistola per
 cui è penetrata la sonda metallica quando tale apertura in-
 terna trovasi, come nel caso surriferito, all'altezza di sette
 ad otto centimetri sopra l'orifizio dell'ano. Ad ogni modo i
 giudizi intorno al valore dei metodi operativi dovendo uni-
 camente emanare dal risultato dei fatti sperimentali, la Com-
 missione attende questo dall'avvenire, imitando in ciò la pru-
 dente riserva dell'Autore.

14. *Due capitoli della seconda edizione dell'opera sopra le Ernie, ed un'appendice alla stessa pubblicata nei numeri 51 e 52 della Gazzetta Medica di Torino dell'anno 1867.*

L'opera del dott. Borelli sopra le *Ernie* essendo già stata presentata al primo concorso pel premio Riberi, ora egli concorre con due ulteriori capitoli stati aggiunti alla seconda edizione dell'opera stessa, e con un'appendice sullo stesso argomento da lui pubblicata nei numeri 51 e 52 della *Gazzetta Medica di Torino* dell'anno 1867.

Non entra perciò la Commissione nel merito scientifico di detta opera che fu già soggetto di esame della precedente Commissione per il primo premio, e circoscrive ciò stante le sue considerazioni ai due nuovi capitoli ed all'appendice stativi aggiunti.

Si sa come il Borelli, consentaneo alle generose massime suesposte, di evitare per quanto più si può le gravi operazioni cruente, siasi fatto caldo patrocinatore della riduzione incruenta delle ernie, ed abbia, praticandola, ottenuti così lusinghieri successi da invogliare distinti pratici a seguirlo con buoni risultati nella stessa via.

Ai 170 casi di ernie strozzate, di cui 156 furono ridotte con tassi incruenta, e solo 14 operate col taglio, colla mortalità di 8 in queste ultime, aggiunge ora altri 50 casi seguiti da guarigione, e nella predetta appendice dei numeri 51 e 52 della *Gazzetta Medica* del 1867, aggiunge la storia di altri 29 casi di esito pure fortunato.

Sopra il numero complessivo dunque di 209 casi di ernie incarcerate praticò il Borelli con esito la tassi incruenta in 195, e l'erniotomia in soli 14. Questo è certamente un risultato avventuroso che pochi pratici possono vantare l'eguale.

In uno dei due nuovi capitoli aggiunti dal Borelli alla sua opera sulle ernie dimostra come le lesioni dell'intestino strozzato sieno di soverchio temute dagli operatori in generale, e come risanino esse con incredibile facilità allorchè l'intestino è fatto rientrare nell'addome senza subire il contatto dell'aria e degli strumenti chirurgici. Nell'altro capitolo è studiata l'*anatomia patologica delle complicazioni delle ernie strozzate*. Egli propose per scopo alle sue indagini lo studio accurato delle infinite varietà di ernie considerate special-

mente dal lato delle svariate lesioni complicanti, e tentò di classificare queste metodicamente collo studio analitico della loro anatomia patologica. Questo accurato lavoro apre la via ad una generale classificazione metodica che è tuttora un desiderio, e riesce di scorta al pratico nell'eseguimento della riduzione incruenta.

Sono ivi esaminate ordinatamente le lesioni dei singoli tessuti organici che possono formare complicazione nelle ernie. La Commissione non crede doverle partitamente riferire nelle specialità loro, essendo quelle generalmente conosciute, chè l'autore ebbe l'ottimo pensiero di accuratamente raccogliere ed utilmente classificare in uno scopo pratico sulle basi dell'anatomia e della patologia.

Per tal modo egli con dati diagnostici il più possibilmente positivi cercò dimostrare il limite della tolleranza degli intestini allo strangolamento onde avere una indicazione precisa all'operare o non operare. Cercò di volgarizzare con dettagliate ed accurate descrizioni il metodo della tassì incruenta onde guidare i pratici nella via da lui favorevolmente seguita; e ciò, convien dire, egli già ottenne in parte, comechè per pratica sperienza ne siano divenuti fautori il chiarissimo prof. Burci da Firenze, che scrisse parole di lode al Borelli, ed i distinti pratici De-Gaudenzi, Bongioanni, Fubini, Mucci e Ramello.

Ecco in succinto il parere della Commissione sui punti più salienti dei lavori del dott. Borelli:

1° Nella memoria sui polipi nasali, l'autore si mostra abile operatore e destro nello scegliere e modificare i conosciuti mezzi operativi che possono meglio rispondere alle speciali indicazioni; la pratica di incidere le narici e di separare all'uopo le ossa nasali per raggiungere i polipi *naso-etmoidali* e *naso-craniani* da lui adottata era già in uso presso gli antichi, e fu praticata dal Dupuytren e dall'illustre fondatore del presente premio; quella dell'incisione del velo pendulo e dell'ugula per operare sui polipi *naso-faringei* e i *tumori vertebrali* fu già proposta e praticata da altri, e sconsigliata da Riberi;

2° Il pregio della memoria sopra i tumori fungosi alveololingivali, più che nella parte operativa, consiste nelle considerazioni patologiche intorno alla natura ed al diagnostico dei medesimi;

3° In quella sui casi di clinica oftalmologica, l'autore ha confermata l'utilità del metodo dell'estrazione lineare delle cataratte molli già seguito da vari pratici e segnatamente dal nostro Sperino, ed ha richiamato l'attenzione dei pratici sopra il metodo della legatura degli *stafilomi opaco-conici* meno generalmente praticata;

4° Alla sentenza dell'abolizione definitiva della cistotomia nella donna, non potrebbe aderire la Commissione, ritenendola troppo assoluta;

5° Il taglio mediano modificato dal Rizzoli e dal Borelli per la cistotomia maschile è da essa stimato pregievole quale metodo di eccezione nei casi di calcoli piccoli o di mediocre volume; ma in quelli di calcoli voluminosi, per il pericolo delle lacerazioni, crede preferibili gli altri tagli perineali;

6° Il metodo d'amputazione della gamba per una protesi comoda e sicura è ingegnoso; ma come più lungo, più doloroso e inducente maggiore traumatismo operativo che non l'ordinario, è a questo posponibile;

7° Mancando la indispensabile sanzione pratica ai metodi operativi della sezione del muscolo pronatore quadrato nella cura della pronazione permanente dell'avambraccio, e della sezione del legamento sospensorio del pene per agevolare l'introduzione di sonde rette nell'uretra, la Commissione non ha elementi necessari per portarne un fondato giudizio;

8° Il taglio degli anelli costringitori nella cura radicale dell'ernia è da lungo tempo conosciuto, e dissenzienti si trovano i pratici sul reale suo valore; il metodo proposto dal Borelli è, con poche varianti, quello stesso già seguito da Giulio Guérin;

9° Ingegnoso è il metodo del Borelli per la cura delle fistole anali a grande distanza dall'ano; di assai difficile esecuzione lo stima però la Commissione quando l'orifizio della fistola intermedia alla distanza di sette ad otto centimetri dall'ano, come nel caso riferito, il quale, per essere unico, non può fornire al metodo una sufficiente sanzione;

10. I nuovi fatti addotti dal Borelli di riduzioni incruente di ernie accrescono valore alla pratica di cui si è fatto apologeta, e disporranno, senza dubbio, molti pratici ad imitarlo;

11. È per ultimo da osservare non essere altrimenti un mezzo radicale per diminuire la mortalità dopo le operazioni

chirurgiche che l'autore proponga nella 12^a sua memoria, come si potrebbe arguire dalla relativa intitolazione, ma piuttosto un voto che egli emette per l'eliminazione, nei limiti del possibile, degli strumenti taglienti dalla chirurgia.

III

1. *Clinica chirurgica* (opuscolo stampato). 2. *Breve esposizione dei lavori di chirurgia* (manoscritto) del dottor Bernardino Larghi.

Le opere presentate pel concorso dal cav. Bernardino Larghi, chirurgo primario dell'ospedale maggiore di Vercelli, consistono in una serie di opuscoli attinenti alla chirurgia operativa, del complessivo volume di circa 425 pagine, corredate inoltre da un manoscritto in cui l'autore riassume i principali lavori di sua pubblicazione.

I diversi opuscoli portano differenti date. Due intorno alla clinica chirurgica, del complessivo volume di 250 pagine, essendo stati pubblicati negli anni 1861 e 62, sono fuori del tempo a cui è circoscritto il presente concorso e non possono perciò prendervi parte. Lo stesso dicasi di altro opuscolo intitolato: *Gozzo cistico* a spese pareti guarito col perforamento e colle cauterizzazioni di nitrato d'argento, che fu pubblicato nel 1856.

È perciò a dolere questa circostanza pregiudiziale, che induce necessariamente la Commissione a prescindere dall'occuparsi degli argomenti ivi trattati che mettono in rilievo il valore pratico di questo nostro collega subalpino molto benemerito della chirurgia operativa, il quale ha chiarita la grande importanza delle operazioni sottoperiostee, e fatte entrar queste nel novero di quelle regolari della chirurgia.

Il restante dei lavori pubblicati dal dott. Larghi nel tempo utile del triennio, consiste in una serie di osservazioni cliniche, veramente interessanti che lo dimostrano quale veramente è, un pratico intraprendente, di ingegnosi spedienti, di saldo criterio e di successi fortunati.

Ma quali sono le idee nuove, fondamentali che segnano un progresso nella pratica operativa?

Si possono riassumere in queste tre: 1° metodo di Seutin largamente applicato nelle ernie incarcerate; 2° resezioni

sottoperiostee e sottocapsulari; 3° cauterizzazione col nitrato d'argento quasi generalizzata nella cura dei tumori e delle gravi lesioni articolari.

Ora importa osservare che il metodo dello sfiancamento e della rottura dei cingoli costrittori nella cura delle ernie, l'autore lo ha già divulgato fino dal 1861; che i vantaggi delle resezioni sottoperiostee e sottocapsulari furono già da lui fatti conoscere in modo più esteso che non attualmente fino dall'anno 1847, e che il buon esito della cauterizzazione col nitrato d'argento nella cura del gozzo e di altri tumori, nonchè degli artrocaci, fu già da lui divulgato fino dagli anni 1856 e 1861.

In questi lavori il dott. Larghi rafferma con ulteriori osservazioni cliniche le idee madri di pratiche operative già da lui fatte conoscere precedentemente all'attuale concorso; tali idee fondamentali stanno nelle anteriori sue pubblicazioni; il suo merito attuale non è perciò di originalità, ma solo di conferma di dottrine e di principii di pratica operativa già precedentemente fatti di pubblica ragione.

N.

Opere del Prof. Scipione Giordano.

Il prof. Scipione Giordano concorre al premio colle seguenti opere:

1. *Urgentiora et frequentiora artis*; piccolo breviario tascabile ad uso dei sanitari d'Italia, 1866.
2. *Des vomissements incoërcibles pendant la grossesse*, 1866;
3. *Della perdita involontaria dell'urina per fistola genito-urinaria*, 1867.

Nella lettera di trasmissione di tali sue produzioni, il prof. Giordano manifesta desiderio che l'Accademia tenga anche conto di due sue innovazioni al forcipe fatte conoscere nella sua seduta del 14 luglio 1865 (Giornale dell'Accademia, 30 settembre 1865); sulle quali essa non ha ancora emesso il suo parere.

Il Breviario tascabile è un Prontuario pratico inteso a soccorrere il medico isolato nei casi d'urgenza nei quali la dimenticanza od il dubbio potrebbero riescire a danno. È diviso

in sette sezioni: 1^a Ostetrica; 2^a Chirurgica; 3^a Medica; 4^a Medico-legale; 5^a Legislativo-regolamentare; 6^a Economico-sociale; 7^a Indice alfabetico.

Il prof. Giordano, maestro qual è nell'arte Ostetrica, seppero molto acconciamente concentrare in poche pagine quei casi d'ostetricia nei quali la salvezza sta in un'indicazione ben afferrata e prontamente eseguita. È succintamente esposto il diagnostico della gravidanza, e del parto nelle varie presentazioni e posizioni; e, con sufficiente chiarezza, a malgrado dell'estrema concisione, sono accennati le indicazioni e gli atti operativi.

Se questo estratto ostetrico venisse opportunamente consultato da colui che, portato a fronte di casi urgenti, non ha tempo o possibilità di consultare colleghi e di rivedere trattati, cesserebbero forse quei malaugurati esempi di fallite indicazioni e di sciagurate operazioni che il Monteggia caratterizzava *per delitti d'arte*.

Non meno maestro si mostra il Giordano nella seconda sezione, dove compendia i primi soccorsi da prestarsi nelle ferite, nelle emorragie, nelle scottature e nelle fratture. Si estende soprattutto sull'argomento delle ferite e delle emostasie. Tutte le ferite penetranti nel torace dichiara *chirurgicamente immedicabili*; il chirurgo deve limitarsi a chiudere prontamente l'accesso dell'aria, ed astenersi dalle esplorazioni col dito o collo specillo. In ordine all'esplorazione si dimostra riserbatisimo, segnatamente in quelle da arma da fuoco. Conchiude non doversi esplorare col dito o collo specillo se non nel sospetto probabile che il proietto sia facilmente reperibile e suscettivo di estrazione; in questo caso raccomanda lo specillo smaltato del Nélaton.

A malgrado della somma brevità di esposizione, i concetti dell'Autore riescono sufficientemente chiari ed intelligibili. Vi è però qualche rara eccezione, valga l'esempio dell'*enterorafia* che egli propone nei casi di lesione degli intestini nelle ferite penetranti nell'addome. Non si saprebbe ben accertare a quali delle tante pratiche state proposte egli dia la preferenza. Vero è che egli si dichiara per quella di G. Bell, ma dal breve cenno descrittivo da lui fattone sembrerebbe accostarsi preferibilmente a quella del Lambert dell'incisione del combaciamento delle superficie sierose dei margini dell'intestino leso.

Il Bell inoltre proponeva di passare nelle labbra della ferita un'ansa di filo i cui estremi erano fissati all'esterno dell'addome rendendo così immobile l'intestino in corrispondenza dell'apertura addominale, mentre il prof. Giordano dopo fatta l'enterafia a punti staccati, propone di recidere i capi del filo, lasciando l'ansa libera nelle vicinanze della ferita esterna.

Nelle emostasie, premesse opportunamente le nozioni anatomico-topografiche, descrive i processi operativi per l'allacciatura delle arterie accessibili alla mano chirurgica con ordine e chiarezza tale da somministrare al pratico una guida eccellente.

Delle cose discorse con pari maestria e lucidità nelle sezioni, medica, medico-legale, legislativo-regolamentare, economico-sociale e prontuario generale indicativo, non farò parola, comechè meritevolissime sarebbero di essere particolarmente riferite, atteso che la materia esce dal Programma del Premio, il quale è circoscritto alla chirurgia operativa.

Con questo Opuscolo il prof. Giordano ha colmata una lacuna che esisteva nella letteratura medica italiana. Esso è più comprensivo di tutti gli analoghi lavori conosciuti, perchè non solo abbraccia tutti i rami della pratica medico-chirurgica, ma si estende eziandio all'igiene, alla medicina forense, polizia medica e a tutto che ha tratto od attinenza coll'interesse fisico della civile convivenza.

Il secondo Opuscolo del prof. Giordano fu scritto originalmente in lingua francese ed ha per titolo: *Des vomissements incoërcibles pendant la grossesse.*

Il vomito irrefrenabile delle gestanti solleva elevate questioni di moralità ostetrica che involgono grande importanza pratica. Si deve in esso riconoscere un'azione esagerata del sistema nervoso della vita organica che collega il ventricolo coll'utero; è un fenomeno dell'azione nervosa riflessa a cui la fisiologia moderna ha data una giusta interpretazione.

Non basta che il vomito continui più o meno lungo tempo, ed anche per tutta la durata della gestazione e resista ostinatamente ai soccorsi terapeutici per essere qualificato di irrefrenabile o incoercibile, ma, per accordo convenzionale degli ostetrici, è disegnato particolarmente quello che, resistendo ai mezzi ordinari curativi, termina colla morte o per lo meno mette in grave pericolo la vita della donna.

L'Autore stabilisce il diagnostico sopra una doppia base:

1° Convien che la gravidanza ne sia accertata quale esclusiva cagione, eliminando tutte le altre cause che generano il vomito;

2° Fa mestieri che sia posta fuori di dubbio l'irrefrenabilità;

Il rapido dimagrimento della donna nel caso di vomiti irrefrenabili, permette secondo lui, più facilmente che in ogni altra circostanza, di riconoscere a traverso le pareti addominali, il contenuto del bacino, di seguire l'accrescimento dell'organo gestatore e di raffrontare il suo sviluppo con l'epoca presunta della gestazione. In nessun caso si mostra più utile la palpazione addominale.

Determinata l'origine fisiologica del vomito, bisogna ben accertarne l'irrefrenabilità, punti essenzialissimi che guidano alle applicazioni terapeutiche e che prossimamente toccano ai supremi destini della madre e del feto.

Il segno patognomonico dell'irrefrenabilità del vomito è da lui riconosciuto nella sua durata, intensità maggiore che nei casi ordinari, e nella mancata efficacia dei principali presidii medici.

L'ostinatezza o pertinacia del vomito vuol essere riferita a qualche speciale condizione anomala dell'utero gestante. L'Autore è inclinato a credere che l'eredità cancerosa possa impartire al vomito il carattere d'irrefrenabilità. Si sa che il neoplasma canceroso si svolge nell'utero preferibilmente in quelle donne che frequentemente abortirono; il germe canceroso uterino sarebbe, secondo lui, la doppia cagione dell'aborto e del vomito irrefrenabile.

In appoggio di questa eziologia congetturale del vomito irrefrenabile delle gestanti avrebbe per ora due sole osservazioni proprie. In ambi i casi le donne che ne furono il soggetto erano figlie di madri morte per affezione cancerosa. Quest'eziologia ha uopo di essere confermata da ulteriori osservazioni.

Ammesso che il vomito sia eccitato dalla presenza dell'uovo nella matrice, la sua espulsione dovrebbe farlo cessare. Difatto in alcuni casi, pur troppo rari, avvenne che lo stesso vomito pertinace fosse rimedio a sè stesso provocando l'espulsione dell'uovo.

L'aborto provocato ed il parto prematuro quale spediente curativo del vomito irrefrenabile sono la conseguenza logica delle premesse dottrine, e perciò l'Autore fa la sua professione di fede col seguente aforismo; *vomitus gestantium irrefrenabilis, vomitu uteri curatur.*

Quando il vomito irrefrenabile è giunto a mettere in pericolo la vita della donna, l'unica ancora di salvezza sta nell'ablazione della causa materiale, cioè nel vuotamento artificiale dell'utero.

Dimostrata la moralità di un'operazione che nel caso di parto prematuro, può salvare due vite prossimamente minacciate o la più preziosa che è quella della madre nell'aborto provocato, viene l'Autore alla parte per noi più importante del suo lavoro la quale si aggira sui mezzi da lui ideati ed impiegati per ottenere in modo più pronto e sicuro il suo intento.

In queste urgenti circostanze, l'uovo deve essere espulso in modo pronto e sicuro in tutta la sua integrità, giacchè, scindendosi questo nelle parti embrionarie e membranose, potrebbe persistere il vomito dopo la cacciata delle prime, e la donna soccombere per l'emorragia che accompagna la cacciata delle seconde sempre difficile e laboriosa nel terzo e quarto mese della gravidanza.

Dopo avere dimostrato come i vari metodi conosciuti manchino di questo compiuto risultato, propone il suo che consiste nella cauterizzazione di tutto il condotto uterino. Ha questa pratica di già il conforto delle pratiche osservazioni. Due ne riferisce l'autore; in entrambe le donne sopravvenne il travaglio abortivo dopo la cauterizzazione del canale uterino, che fu seguita dall'espulsione dell'uovo per intero e dalla cessazione compiuta del vomito. Altri eguali risultati si ottennero da Sanquirico, Caire, Tarsitani e Finizio.

La cauterizzazione del condotto uterino venne poi adoperata per provocare il parto prematuro e non ha riescito; e ciò di leggieri si comprende. Il travaglio abortivo eccitato dal caustico deve essere attribuito al movimento flussionario, che si stabilisce nella membrana mucosa ipertrofizzata dell'utero, il quale tien dietro al distacco dell'escara; ora deve mancare questo movimento flussionario quando si cauterizza il condotto uterino in una fase della gravidanza, in cui la mucosa metamorfosata in caduca ha perduto i suoi vasi.

Pervenuta la gravidanza a quel periodo in cui la cauterizzazione si dimostra inefficace, il prof. Giordano, per ottenere il parto prematuro, suggerisce un altro mezzo di sua invenzione.

Egli opera la perforazione delle membrane in alto valendosi della cannula perforatrice del Meissner da lui particolarmente modificata. Si propose con tale modificazione di rimuovere il pericolo di ferire il feto o la placenta. La cannula perforatrice del prof. Giordano ha la stessa lunghezza e curvatura di quella del Meissner, ma non ha nè specillo nè punteruolo. Agisce per aspirazione. Ad un centimetro dall'estremità uterina sulla superficie concava esiste un occhiello. In corrispondenza del centro della fenditura della parte opposta si eleva una punta che sta al di sotto del piano dell'occhiello. L'estremità esterna della cannula si termina in un padiglione, nel quale, applicato l'istromento, si insinua un tubo di vetro che porta una boccetta di gomma elastica eguale a quella delle ventose ordinarie; mediante la compressione e dilatazione della boccetta producendosi il vuoto, le membrane sono tratte contro la punta, e riescono perforate; il che è annunziato dal liquido che si raccoglie in un diverticolo unito al tubo di vetro. Questo strumento è preferibile a tutti gli altri perforatori, e può anche essere usato per aprire le membrane in basso nel campo dell'apertura uterina.

3. *Della perdita involontaria di orine per fistola genito-urinaria. Considerazioni e proposte di cura.* Torino, 1867.

La Memoria del prof. Giordano avente questo titolo ci offre una completa esposizione dell'argomento delle fistole uretrovaginali, vescico-vaginali e vescico-uterine; onde egli con un solo nome le chiama *fistole genito-urinarie*, e intende per esse ogni morbosa comunicazione di qualunque ambito da qualunque cagione, sia lenta ulcerativa, sia violenta traumatica od infine terato-congenita.

Il lavoro è diviso in due parti: nella prima è esposto lo stato attuale della scienza intorno all'argomento; nella seconda propone un suo metodo speciale di cura.

La seconda parte è per noi l'essenziale in quanto che, oltre all'assumere un carattere d'originalità, entra anche nella materia speciale della chirurgia operativa, che forma il Programma del Premio.

Trascorreremo perciò rapidamente sulla prima, per arrestarci più particolarmente sulla seconda.

Premesse alcune osservazioni in ordine alle malattie genito-urinarie nella donna, dà una rapida nozione anatomotopografica della piccola pelvi. Nella quale la brevità è molto acconciamente associata all'ordine ed all'esattezza.

Nella parte eziologica, non tiene per ben accertata l'origine congenita, ed annoverate con ordine le più comuni cagioni notate dagli autori, si intrattiene più particolarmente intorno alle soluzioni di continuità che avvengono nel parto o per il fatto del parto; e qui con molto senno pratico discorre delle varie contingenze e modi con cui queste hanno luogo, mostrandosi perito quale è veramente nella specialità dell'argomento.

In seguito ad alcune considerazioni che chiariscono assai utilmente la diagnosi delle fistole genito-urinarie nelle varietà loro, e che guidano con saldo criterio a stabilirne il pronostico, a seconda della loro natura, grado e complicazioni, conchiude essere rara e veramente eccezionale la loro guarigione spontanea o per opera dei soccorsi medici o dei consueti amminicoli; la quale guarigione sarebbe solamente ottenibile nei casi di fistole piccole, uretro-vaginali semplici e recenti.

Nella rassegna dei molti metodi diretti a chiudere l'apertura fistolosa rispetto ai quali i pratici aguzzarono il loro ingegno, l'Autore è breve perchè ha poca fede nella loro efficacia.

Il cateterismo a permanenza, stando la donna in posizione orizzontale, è insufficiente e semplice amminicolo di cura; e così anche associandolo all'inzaffatura o riempimento della vagina di cotone, che talora riesce anche dannoso per l'imbevimento permanente dell'orina.

La cauterizzazione, detta causticazione dal Rizzoli, dà buoni risultati nelle fistole piccole segnatamente uretrali. Alla potenziale è preferibile l'attuale che dice mezzo chirurgico efficace ed innocuo, che egli applicherebbe con fiducia anche nelle fistole vescico-vaginali e vescico-uterine.

Dubbio è il successo degli uncini e strumenti uncinati diretti a portare ed a mantenere a contatto le labbra della fistola; sopra tutti questi egli darebbe preferenza alle *serrefines* del Vidal nel caso di fistole recenti e piccole.

La sutura nei varii suoi procedimenti è di riescita equivoca e non sempre applicabile. Fa però un'eccezzuazione del metodo di Sims, Bozenam, detto Americano, il cui vantaggio sta sostanzialmente nella cruentazione obliqua o imbutiforme delle labbra della fistola che si devono raffrontare e nell'uso dei fili d'argento.

L'autoplastia, elitroplastia trova indicazione nelle grandi perdite di sostanza; i risultamenti sono molto dubbi.

L'obliterazione delle vie genitali nelle fistole, in cui, per qualsiasi motivo, la cura non può effettuarsi coll'azione chirurgica diretta, si eseguisce secondo le contingenze o colla cruentazione e consecutiva sutura delle labbra del muso di tinca o della vagina e vulva quando l'uretra sia inservibile, lasciando superiormente un foro per il passaggio delle urine.

Fatta un'eccezione rara però in favore del caustico attuale e della sutura americana rimarrà pur sempre, dice l'Autore, un ragguardevole numero di fistole non guarite o incurabili allo stato attuale dell'arte, e conchiude col Leroy d'Etiolles che nella cura delle fistole vescico-vaginali e vescico-uterine l'insuccesso è la regola ed il successo una rarissima eccezione.

Qual è la ragione di questo infelice risultato? Qui comincia la parte originale del prof. Giordano. A mente sua, l'insuccesso deriva dall'essere stati negletti e scordati i grandi principii direttivi della cura delle fistole, quello cioè di levare l'ostacolo al corso naturale degli umori e di avviarli al loro corso normale, senza di che l'orina che rimane a contatto s'infiltra fra le parti cruentate e rende frustranea l'operazione.

Rimosso l'ostacolo al corso naturale dell'orina, la fistola che era nosologicamente parlando il fatto principale diventa, egli dice, un epifenomeno che presto cessa con tutte le sue successioni; essa deve guarire non altrimenti della fistola lacrimale quando è tolto l'ostacolo al corso naturale dell'umore lacrimale.

Nelle fistole genito-orinarie l'ostacolo è rappresentato dalla situazione verticale o supina della donna. È questa che mantiene la fistola e che elude le migliori pratiche operative. Se ciò è, egli avverte, a vece di chiudere la fistola per togliere la perdita dell'orina, bisogna levar la perdita dell'orina per chiudere la fistola. A questo scopo importa mutare la posizione dell'apparato genito-orinario per modo che l'orina di-

scendente dagli ureteri scorra e si raccolga sopra parte sana bisogna che la parete anteriore della vescica diventi basso-fondo e che questo diventi parete posteriore. Come guariscono le ferite vescicali ipogastriche colla posizione verticale o supina, devono egualmente, a mente sua, guarire le fistole genito-urinarie colla giacitura prona o ventrale.

La cura a cui l'autore dà il nome di statica si pratica rendendo stabile la giacitura prona della donna finchè siasi ottenuta la chiusura della fistola.

A quest'effetto ha ideato, e nel suo lavoro trovasi designato graficamente e descritto, un letto meccanico col quale si raggiunge l'intento di dare al bacino la voluta situazione ed immobilità, concedendo nello stesso tempo l'uso delle estremità inferiori e superiori, e proteggendo le sporgenze ossee e mammarie da dannose compressioni. Questo letto serve per il giorno; per la notte vi è un altro letto in cui la donna può conservare un decubito orizzontale prono; al letto meccanico sta unito un congegno per fare delle iniezioni continue in vescica onde mantenerle o restituirle la sua capacità.

Nei quadrupedi la posizione relativa della vescica, della vagina e dell'utero essendo naturalmente quella che il professore Giordano vuol dare artificialmente alla donna, volle egli confortare con sperimenti sui bruti il valore della sua pratica.

In due cavalle alle quali, col concorso del prof. Bassi, furono, mediante il taglio, eseguite larghe aperture, con perdita di sostanza, che mettevano in comunicazione la vagina colla vescica, si ebbe in poco tempo una compiuta chiusura della breccia. Vero è che queste aperture non possono propriamente dirsi fistole, ma il non aver infistolito a malgrado che le cavalle fossero per deperimento fisico già rese inutili a qualunque servizio, vuolsi secondo lui riferire alla naturale posizione della vagina al disopra della vescica-orinaria, che egli propone di dare artificialmente alla donna colla giacitura prona.

Il prof. Giordano non potè ancora dare la sanzione pratica alla sua cura statica; la sperimentò però il prof. Rizzoli in Bologna, associandola alla causticazione; ed avvegnachè ciò avesse luogo assai imperfettamente per difetto del letto meccanico e del sistema speciale d'irrigazione, ciò non pertanto

ne ebbe argomento incoraggiante, giacchè la fistola che mostrava lentezza a restringersi colla sola causticazione, dopo avere questa associata alla cura statica, il restringimento fu assai più rapido e soddisfacente. Ciò rilevasi dal *Bollettino delle scienze mediche* di Bologna, fascicolo di gennaio 1868, pag. 69. Non si conosce l'esito finale della cura.

Modificazioni al forcipe.

Due sono le modificazioni fatte al forcipe dal professore Giordano. La prima consiste nell'aver reso *mobile* ed *articolato* il perno fisso che è comune a tutti i forcipi da quello del Levret sino a quello di Tarsitani modificato dal Rizzoli.

Le due branche del forcipe perfettamente simili tra di loro portano ciascuna il buco ovale; il perno è distaccato e ad un'estremità è terminato a vite cui si adatta una madre vite; fatte combaciare le branche nel loro piano articolare il perno si fa passare o di sopra a sotto o viceversa, e vi si fissa colla madre vite.

Questa modificazione elimina l'imbarazzo che soventi il perno fissato ad una branca arreca al congiungimento dell'altra; e l'utilità è molto rilevante nei casi di irregolarità di bacino o di presentazione nei quali le branche non possono, o difficilmente possono venire articolate. Mediante il perno mobile, benchè le branche non siano parallele ed i buchi non si corrispondano perfettamente nel loro asse, sempre riesce possibile la loro articolazione.

La seconda modificazione ha per iscopo di utilizzare le forze della donna nell'effettuazione del parto, e consiste nell'adattamento di quattro briglie, due manuali e due pedali, terminate le prime in un gancio che si fissa alle fenestre del forcipe in modo che incrociatesi passano rispettivamente sopra una puleggia fissata ai piedi del letto o altrove, rimontano fino alle mani della partoriente la quale esercita trazione; le seconde briglie o pedali si fissano rispettivamente ad ambe le estremità uncinatate del forcipe per un estremo, mentre coll'altro servono di punto di appoggio ai piedi cui servono di staffa. Mediante questi amminicoli la donna potrà da sè estrarsi il feto, dacchè il forcipe è convenientemente situato, con non lieve soddisfazione d'amor proprio, come dice il professore Giordano, il quale ravvisò utile il forcipe a briglie

ed a staffe nei casi meno gravi di inerzia dell'utero, di volume alquanto eccessivo del capo per idrocefalo, ai quali l'applicazione di detto strumento può considerarsi quasi di elezione soltanto, e dopo la craniotomia eseguita fra le branche del forcipe nel tempo di ragionevole aspettazione, prima di venire agli uncini e al cefalotribo, ecc.

Negli scritti del prof. Giordano si ammira la dicitura facile, spontanea ed elegante, una copiosa dottrina ed una mente vivace ed inventiva. Eccone il merito del lavoro secondo l'avviso della Commissione:

1° Il *Breviario sanitario* è un commemorativo utilissimo nelle varie contingenze pratiche medico-chirurgiche quando si ha bisogno di prontamente agire e non si ha tempo di consultare autori o colleghi. La materia del *Breviario* entra nel programma del premio solamente per le sezioni ostetrica e chirurgica, nelle quali è molto acconciamente compendiato lo stato attuale della pratica, senza però che contengano nuovi insegnamenti o nuove proposte operative.

2° Nel sostenere la pratica dell'aborto provocato quale mezzo curativo del vomito irrefrenabile delle gestanti, il Giordano si è posto nella schiera degli autori che con questa pratica giustificata dal ragionamento e dall'esperienza hanno esteso l'azione della chirurgia operativa a beneficio della madre la cui vita si trova compromessa.

3° La cauterizzazione del condotto uterino è un mezzo efficace che in talune circostanze può rispondere utilmente allo scopo; la cannula perforatrice delle membrane per aspirazione è un utile perfezionamento della cannula del Meissner.

4° La cura statica nelle fistole genito-urinarie è razionale ed un utile coadiuvante dei mezzi operativi. È merito del prof. Giordano l'aver immaginato tale letto meccanico che favorisce la guarigione.

5° Il forcipe a perno mobile-articolato ha il vantaggio di rendere possibile il congiungimento delle branche benchè fra loro non parallele e le superficie articolari non bene si corrispondano nel loro asse.

6° Col forcipe a staffa e briglie il prof. Giordano ha cercato di utilizzare nelle trazioni le forze della partoriente. È preferibile all'aiuta-forcipe del Joulin, in quanto che l'apparecchio del Giordano è più semplice, meno costoso, all'uopo

improvvisabile, e permette secondo le contingenze di utilizzare anche le forze della donna o degli assistenti.

●.

1° *Delle fratture del femore da arma da fuoco, del Dottor Gritti, Chirurgo Primario dell'Ospedale Maggiore di Milano, 1866.*

2° *Resezione intrabuccale e sotto-periosteale della mandibola inferiore mercè un nuovo processo operativo con osservazione clinica. Milano, 1867.*

3° *Delle operazioni che si praticano sott'acqua allo scopo di evitare l'azione dell'aria sulle superficie cruentate. Manoscritto.*

Il lavoro sulle fratture del femore da arme da fuoco costituisce la tesi del dott. Gritti per il concorso al posto di Chirurgo primario dell'Ospedale Maggiore di Milano, ora già da lui conseguito. Le dottrine consegnate nel di lui scritto sono in parte frutto delle osservazioni sulle fratture del femore occorse nella campagna del 1859. Egli raccolse quanto venne pubblicato sull'argomento nella letteratura dell'arte nostra, e trasse utile partito delle pregievoli opere di due nostri stimati soci, vale a dire di quella del prof. Cortese, intitolata *Manuale del Medico militare in campagna*, e di quella del medico divisionale Baroffio sulla frattura da arma da fuoco, che conseguì uno dei premi Riberi nel concorso stabilito per il Corpo sanitario militare.

Il lavoro è diviso in due parti: nella prima le fratture del femore da arma da fuoco sono considerate sotto l'aspetto generico; nella seconda in modo speciale, vale a dire per rapporto alle varie parti costitutive dell'osso.

Precedono alcuni quadri statistici, dai quali risulta che le ferite da arma da fuoco delle estremità inferiori sono le più frequenti di tutte, a cui tengon dietro quelle delle estremità superiori, poi quelle del tronco, e per ultimo quelle della testa e del collo.

Nell'eziologia che immediatamente vien dietro a questi dati statistici osserva a buona ragione l'autore che la storia delle armi da fuoco segna due periodi importanti che esercitarono grande influenza nell'arte militare, ed i cui effetti riverbera-

rono in modo diretto sopra la gravità e conseguenze delle ferite. Il primo periodo è quello dei proiettili sferici e dei fucili a canna liscia; il secondo, che incominciò alla metà di questo secolo, è quello in cui vennero in uso i fucili a canna rigata ed i proiettili conici, cilindro-conici e cilindro-ogivali, la cui portata è sei volte maggiore dei primi, e le lesioni molto più gravi. Da tre anni in qua abbiamo incominciato un terzo periodo, ed è quello dei fucili ad ago e retro-carica, i quali aggiungono la celerità delle esplosioni e la molteplicità delle ferite.

L'autore ragiona con molto senno pratico intorno alla varietà delle fratture del femore da arma da fuoco. Molte savie considerazioni degnissime di essere riferite vi si incontrano per rispetto alla sintomatologia, al diagnostico ed all'anatomia patologica di cotali fratture. Non possiamo soffermarci in particolari di tal ordine perchè solo indirettamente hanno attinenza colla chirurgia operativa, che forma argomento speciale del concorso.

Circa la cura, osserva l'Autore come nei metodi di medicazione e di cura sia eminentemente interessata la responsabilità scientifica e morale dei chirurghi, i quali da secoli si mostrarono oscillanti fra la conservazione e l'amputazione primitiva, la secondaria e la tardiva, come insomma siano trascorsi diametralmente da un eccesso all'altro, seguendo il dominio delle dottrine dei loro tempi ed anche gli errori. Egli, da giudizioso pratico qual è, non mostrasi esclusivo ed assoluto; accetta ciascuno di questi tre metodi secondo le circostanze, d'accordo coi più sensati pratici dei nostri tempi, quali Larrey (figlio), Bagin, Baudors, Vallette, Riberi, Cortese, Baroffio, Parravicini, Demone, Gherini ed altri.

L'esperienza del 1859 persuase l'Autore intorno alla convenienza dell'estrazione immediata delle scheggie ossee e dei proiettili dalle ferite, anche a costo di fare dilatazioni e sbrigliamenti, e della resezione stessa dei frammenti ossei se sporgenti o spostati, e ciò perchè simili operazioni praticate nei primi momenti sono meno dolorose, meno gravi, ed il processo successivo di riparazione più semplice e regolare. Vi rinunzia però allorchè i maneggi necessari per l'estrazione dovessero essere più dannosi della presenza delle scheggie e dei corpi stranieri, stimando in tal caso cosa prudente ab-

bandonarsi all'opera della natura medicatrice. Si dichiara poi contrario allo sbrigliamento preventivo nello stretto senso della parola quale l'adoperavano gli antichi, intorno al che da Pareo in poi vanno d'accordo i pratici di maggior credito.

La medicazione colle sostanze grasse, con olio, unguento cerato, digestivo e simili, sebbene sia riconosciuta dall'Autore eccezionalmente utile nei casi di grande erettismo e di scarsa suppurazione delle parti lese, la dichiara un errore come sistema generale di cura per l'irrandirsi degli unguenti, l'ingrato odore, il mantenersi uno stato di rilassamento nella cute vicina e nelle stesse granulazioni delle soluzioni di continuità. Egli sostituì alle sostanze grasse il glicerolato d'amido ridotto col calore a consistenza di molle unguento, che è di azione blanda, inodoro ed inalterabile.

Dopo tracciati altri tre quadri statistici della mortalità di buon numero di amputati di coscia, tanto in ospedali civili quanto in militari, dai quali, secondo le circostanze, i risultati favorevoli risultano ora per le amputazioni primitive, ora per le secondarie, chiude l'autore la prima sezione del suo lavoro con alcune sagge riflessioni intorno alla dieta ed all'igiene dei feriti.

Nella seconda parte dell'opuscolo è trattato, come fu detto, delle fratture della coscia in particolare prodotte da arma da fuoco. Son queste divise in quelle della testa del femore, della regione trocanterica, della diafisi e dei condili. Tutte sono studiate con molto senno pratico.

La profondità della testa del femore, la poca scomposizione dei frammenti, il forte dolore che si oppone ai tentativi di esplorazione rendono oltremodo difficile il diagnostico. In questi casi l'autore consiglia di far precedere l'anestesia cloroformica all'esplorazione, onde conseguire un'esatta cognizione sulla natura della ferita, e di agevolare ad un tempo l'estrazione del proietto, delle scheggie ossee e dei corpi stranieri che facilmente si nascondono nella massa delle parti molli di questa regione.

Il quadro dei risultati della cura conservativa è assai desolante, e non lo è meno quello dell'intervento attivo dell'arte colla disarticolazione o resezione del capo articolare. Quindi una necessaria esitanza dei pratici. La scienza non avendo ancora detta al riguardo l'ultima sua parola, l'Autore consi-

glia, a chi volesse tentare la cura conservativa, di scegliere quei casi che non richiedono operazioni d'urgenza e che credo possano resistere al lungo processo esauriente di suppurazione cui vanno necessariamente incontro; deve estrarre le scheggie ossee se gli è possibile, semplificare la ferita colla rimozione dei corpi stranieri, mantenere l'assoluta immobilità dell'arto con apposito apparecchio in piano orizzontale, acciò, se avviene la guarigione, non abbia a derivare l'anchilosi angolare.

Seguono alcuni quadri statistici indicanti il risultato delle disarticolazioni immediate, mediate e postume che l'Autore raccolse dalle opere pubblicate, dai quali si desume che sopra 56 operati si ebbero 47 morti e 9 guariti, che la disarticolazione immediata ha dato un solo caso di guarigione sopra 34 operati; la mediata 3 sopra 15; e la ulteriore o tardiva 5 sopra 7. I risultati dell'operazione immediata, che danno solo il 3,21 0/0 di guarigione, sono troppo sconsolanti e tali da farla proscrivere quando non è eccezionalmente indicata di urgenza pel profondo conquassamento dell'osso, e la coscia è in gran parte staccata dal tronco, per cui importa prevenire la totale mortificazione dell'arto.

In quanto alla resezione della testa del femore immediata, mediata o tardiva, l'Autore trova troppo scareggianti i fatti pratici osservati per trarne un apprezzabile giudizio. Egli raccolse in un quadro tutti quelli che potè rinvenire nelle fatte pubblicazioni, dal quale si raccoglie che sopra 12 resezioni si ebbero 11 morti. A fronte di tale risultato, l'autore non ha coraggio di pronunciarsi, e sospende prudentemente il suo giudizio.

In caso di resezione egli darebbe preferenza al lembo semicircolare o quadrato con base superiore od inferiore, ovvero al lembo triangolare del Vidal mediante un'incisione trasversale secondo l'asse del collo del femore, ed un'altra perpendicolare. Non essendogli però occorso di praticare simile operazione, la preferenza da lui data alle menzionate pratiche ha solo un valore razionale.

Analoghe sono le considerazioni per rapporto alle fratture gravi e comminutive del trocantere, le cui indicazioni si risolvono nella conservazione, nella resezione del collo del femore, o nella disarticolazione del cotile, in ordine al che l'Au-

tore si riferisce a quanto già disse prima intorno al loro valore relativo.

La frattura della diafisi femorale da arma da fuoco è sempre comminutiva a grandi scheggie e frequenti fenditure che si possono estendere dai condili al trocantere se l'osso è ferito nel centro dove è più fragile. La sua frattura è quasi sempre diretta. L'autore riferisce alcune statistiche che imprimono l'idea della conservabilità della coscia, e dell'errore in cui incorse il Larrey, che voleva che tutte le coscie fratturate da arma da fuoco fossero amputate al disopra della sua metà.

I proietti che hanno sufficiente forza da traversare un condilo od a passare frammezzo a loro apportano gravi fratture comminutive dell'epifisi femorale, della testa della tibia, di quella della fibola e della rotella; ond'è che la frattura da arma da fuoco dell'estremità inferiore del femore vuol essere unificata con quella del ginocchio.

Tutte le fratture con apertura dell'articolazione danno luogo ad immediato gravissimo dolore, a pronta tumefazione infiammatoria e spesso a grave gonfiamento per emorragia endo-articolare. Dalla maggiore o minore gravità delle lesioni dovendosi desumere le indicazioni essenziali per la cura, è importante una diagnosi precisa, alla quale ove fosse per ostare la gravità del dolore, l'autore propone di ricorrere all'anestesia artificiale. Nei casi più fortunati essendo inevitabile l'anchilosi, attenta occupazione del pratico deve essere di evitare l'angolare.

Sebbene il Legouest, Macleod e Gherini credano indispensabile l'amputazione nelle fratture con apertura dell'articolazione, sono indubitabili, dice l'autore, alcuni casi di cura conservativa riescita, e rammenta come il Baroffio ne abbia citati cinque casi nel pregiato suo lavoro sulle ferite da arma da fuoco.

La resezione dei capi articolari, che spetta alla chirurgia conservatrice attiva, fu una volta praticata con successo da Paret in fine del secolo scorso. La campagna del 1859 non ne fornì esempio, e l'autore nulla può dire per propria esperienza. Tuttavia dichiara che all'uopo non ne sarebbe alieno, ricordando come Heyfelder ne abbia raccolti 170 casi con la rilevante cifra di 125 guarigioni, ed il Krakowitz 229 con 170 guarigioni, il che fornirebbe per il primo 69 e pel secondo 74 per 100.

La disarticolazione del ginocchio ebbe così infelici risultati, che l'autore concorre nell'opinione ora divenuta generale, meglio convenire l'amputazione della coscia al terzo inferiore.

Se la ferita dell'articolazione non comprende la rotella nè i tessuti molli della parte anteriore, ovvero se li offende solo da un lato, allora in luogo di ricorrere all'amputazione del femore al terzo o quarto inferiore, il D. Gritti propone l'*amputazione del femore ai condili con lembo patellare* che egli già ebbe a proporre fin dal 1857, con pubblicazione fatta negli Annali Universali di Medicina di detto anno. Questo suo metodo egli afferma aver ottenuta la sanzione pratica di un eminente chirurgo di Vienna il prof. Schuh, non che di Fuxs, Middeldorf, Vagner, Vohl, e Sawostitzki di Mosca.

Il pensiero dell'Autore con questa sua *amputazione a lembo patellare* fu di scemare le conseguenze moleste apportate dalla forma che assume il moncone in seguito all'amputazione al terzo od al quarto inferiore. Si propose di adattare all'estremità segata del femore un lembo inamovibile le cui parti molli fossero di già abituate alla compressione mediante un lembo formato colle parti molli della faccia anteriore del ginocchio racchiudenti la rotella.

Ecco l'atto operativo descritto colle parole stesse dell'Autore.

« Narcotizzato l'individuo supino e disteso sul letto da operazione si procede a fare il lembo anteriore o patellare.
 « Si comincia l'incisione della cute in corrispondenza dell'estremità superiore del capitello della fibula, si passa all'avanti sulla faccia anteriore della gamba a tre centimetri circa sotto il margine inferiore della rotella e si giunge fino alla tuberosità interna del capo della tibia; da ciascuna delle estremità di questa incisione se ne fa partire un'altra che si porta in alto sui lati dei condili del femore sino all'altezza corrispondente alla metà della rotella od alquanto più in su ed all'indietro, poscia colla mano sinistra si stira in alto la cute del lembo fino al margine inferiore della rotella, isolandola mediante taglio della fascia aponeurotica del ginocchio alla quale aderisce con lasso tessuto celluloso, quivi si incide trasversalmente il legamento rotulo-tibiale all'inserzione della rotella e con esso la capsula articolare non che le emanazioni aponeurotiche dei

« muscoli vasto interno ed esterno fino ai legamenti laterali,
 « quindi dirigendosi in alto, si incide la capsula seguendo la
 « linea tracciata dalle incisioni longitudinali della cute, e si
 « compie il lembo anteriore che risulta di forma quadrilatera
 « contenente nella sua parte mediana la rotella. La superficie
 « scutiforme interna di quest'osso sessamoideo è coperta di
 « cartilagine che bisogna esportare in totalità mediante una
 « piccola sega ad arco operando nella seguente maniera: colla
 « mano sinistra si impugna il lembo patellare alla sua parte
 « inferiore coll'intermezzo di un pannolino perchè non abbia
 « a scivolare dalle mani, e lo si rovescia in alto; con la de-
 « stra armata di piccolo bisturi si isola dapprima pel tratto
 « di un centimetro tutto quell'orlo della rotella che sporge
 « nella faccia interna dell'articolazione e poscia con la sega
 « sopra indicata si compie la sezione dello strato interno
 « della medesima fissando questo piccolo osso coll'apice del
 « pollice sinistro sulla superficie anteriore del solco intercon-
 « dileo del femore che gli serve di punto d'appoggio. Ciò
 « fatto si procede alla formazione del lembo posteriore ed
 « alla sezione dell'osso, al quale scopo si porta l'ammalato
 « sul margine inferiore del letto come nel caso di ampu-
 « tazione del femore; si incidono i tessuti del garetto con
 « taglio penetrante fino all'osso in maniera di riunire le
 « estremità superiori delle due incisioni laterali del lembo
 « patellare, si staccano le parti muscolari un poco dal-
 « l'osso, si incide circolarmente il periostio e si seziona
 « l'osso con una sega comune da amputazione sulla sinfisi o
 « poco più in alto sulla diafisi se lo richiede la lesione del-
 « l'osso. Poscia si arresta l'emorragia colla legatura della
 « poplitea e delle articolari, si mette a contatto la rotella
 « col moncone femorale, si uniscono i lembi cutanei, con su-
 « tura intercisa e si rinforzano con listerelle di cerotto ade-
 « sivo disposte in modo che esercitino pressione sul punto
 « centrico della rotella, sufficiente a mantenere le due super-
 « ficie ossee cruentate a mutuo contatto. Il trattamento suc-
 « cessivo è analogo a quello delle amputazioni in genere. »

I vantaggi di quest'operazione sarebbero, a detta dell'au-
 tore, i seguenti:

1. Il moncone è coperto dalla rotella la quale aderisce
 mercè tessuto osseo all'estremità del femore, cosicchè il pa-

ziente può su di esso far punto di appoggio senza provare la molestia della compressione;

2. Fatta l'adesione della rotella, il che avviene in breve tempo dapprima mediante deposizione di nuovo osso o di tessuto fibroso al contorno della rotella, cioè sul margine di sezione, poi con aderenze ossee della superficie di sezione delle due ossa, non può più aver luogo la retrazione delle parti molli;

3. Il lembo anteriore patellare è il più adatto ad essere mantenuto in posto durante il processo di cicatrizzazione, ad essere riaperto senza smuovere il contatto delle ossa in caso di emorragia della poplitea e a dar facile scolo alle marcie;

4. La cicatrice resta al didietro e fuori del punto di appoggio del moncone quando si applichi la gamba artificiale e quindi meno esposta alla compressione;

5. Quest'operazione conservando la massima lunghezza della diafisi del femore rende più probabile l'esito fortunato perchè praticata in un punto più lontano dal centro di quel che faccia l'amputazione.

6. Quest'operazione conserva l'inserzione del muscolo retto alla rotella il che corre a dar forza alla coscia non che la giusta direzione a' suoi movimenti.

L'autore non ha fatti proprii che dimostrino i vantaggi dell'anzidetta sua operazione. Egli le dà valore riferendosi all'autorità dei pratici prementovati, il quale valore al postutto, non potrebbesi stimar grande, dacchè il dott. Wahl che più frequentemente ebbe ad eseguirla ebbe la mortalità del 74 per 100, e dei due operati dal prof. Schun, uno soccombette.

Il secondo lavoro presentato al concorso dal dott. Gritti ha per titolo:

2. *Resezione intrabuccale e sotto-periosteale della mandibola inferiore mercè un nuovo processo operativo con osservazione clinica.* Milano 1867.

In una giovanetta attaccata da necrosi per fosforo alla mandibola inferiore, l'Autore, associando il metodo delle piccole incisioni esterne all'enucleazione sotto-periosteale, operò in questo modo la resecazione della parte affetta.

Fatta un'incisione perpendicolare di due centimetri e mezzo

circa sul margine anteriore della ghiandola parotide cominciando appena al dissotto dell'origine del condotto stenoniano e comprendendo nel taglio l'aponeurosi parotide, coll'apice del dito respinse all'indietro la parotide fino al margine posteriore della lamina ascendente della mandibola; ciò fatto fece passare dal di fuori all'indentro rasente la faccia posteriore della lamina stessa, tra questa ed il muscolo pterigoideo interno, un grosso ago crunato che uscendo dalla bocca al disopra dell'ultimo dente molare servì a far passare per lo stesso tragitto la sega a catena.

Avendo cura di proteggere con una piastrina di legno le parti interne della guancia, segò la lamina della mandibola ad un dito trasverso, circa al dissotto dell'incisura di essa. Fatto quindi un taglio lungo il margine alveolare all'indietro ed in avanti, e penetrando colle leve rette e curve fra il peristio e l'osso necrotico, riescì ad isolare quest'ultimo; finalmente fatta un'incisione perpendicolare alla pelle all'altezza della sinfisi del mento, con una sega a coltello divise in questo punto la branca orizzontale.

Le conseguenze dell'atto operativo che parevano semplici nei primi giorni, riescirono invece fatali pel sopravvenire di una risipola. L'autore non ebbe campo a ripetere altre volte sul vivente l'operazione. In un secondo caso in cui, per la seconda volta, egli si proponeva di nuovamente ricorrevvi, l'ammalato soccombette prima dell'operazione.

3. *Operazioni che si praticano sott'acqua allo scopo di evitare l'azione dell'aria sulle superficie cruentate, nelle cavità chiuse e nelle cavità suppuranti.* (Manoscritto dello stesso autore).

Il terzo lavoro del dott. Gritti è un manoscritto nel quale si tratta delle operazioni che si praticano sott'acqua allo scopo di evitare l'azione dell'aria sulle superficie cruentate, nelle cavità chiuse, e nelle cavità suppuranti.

Esso è diviso in due parti; la prima tratta del metodo in generale; la seconda in ispecie delle operazioni cui esso è applicabile.

Ricorda l'autore la proposta già fatta da Monrò verso la metà dello scorso secolo, di tuffare l'ammalato dentro un bagno per operare la *cistotomia ipogastrica*, e se fosse pos-

sibile anche per la *gastro-isterotomia* onde evitare la nociva azione dell'aria sulle superficie cruentate. Sembrerebbe ancora da certe censure mosseglì da Bell nel suo trattato delle ferite, che il Monrò non abbia limitata tale proposta alle anzidette due operazioni, ma l'abbia estesa a quelle che si praticano sopra le articolazioni.

Lo scopo di evitare l'azione dell'aria sulle parti incise, nelle cavità chiuse ed in quelle suppuranti che già aveva indotto il Monteggia a suggerire di evitare il parallelismo delle aperture interna ed esterna degli ascessi, primo germe del metodo sotto-cutaneo, e quindi Giulio Guérin ad immaginare il chiudimento pneumatico delle ferite seguito in tal via dal Maisonneuve, consigliò ora il dott. Gritti a sopperire col metodo sott'acqueo in quelle contingenze in cui le precedenti pratiche non rispondessero sufficientemente al bisogno.

L'acqua, egli dice, è un corpo stabile, non decomponibile ne' suoi elementi chimici se non per circostanze eccezionali e quindi come tale, non risveglia alcuna reazione quando sia applicata e mantenuta a contatto dei tessuti organici o dei loro prodotti.

Due sono, soggiunge, gli scopi che deve prefiggersi il chirurgo per la riuscita dell'operazione. Prima di tutto deve impedire l'ingresso dell'aria nella cavità pendente l'atto operativo. Questa cosa è facile ad ottenersi con la immersione della parte da operarsi in un bagno tiepido e col mantenerla sotto il livello dell'acqua fino a che sia compiuta l'operazione e la medicazione ermetica mediante applicazione di filaccie sulla ferita da farsi entro il bagno stesso, e dopo il bagno colla sovrapposizione di cerotto adesivo, poi di compresse e cuscinetto e finalmente di una fasciatura contentiva e compressiva combinata coll'immobilizzazione della regione operata.

Il secondo scopo è d'impedire che l'aria entri nella cavità aperta anche dopo l'operazione e ciò fino a guarigione della ferita. Questo secondo scopo non è, a mente sua, difficile a raggiungersi quando si faccia alla cute una piccola ferita ed a questa tenga dietro una buona medicazione che chiuda perfettamente l'apertura d'incisione sino a guarigione, la quale si ottiene generalmente per prima intensione.

L'immersione secondo l'opportunità può essere o di tutto il corpo in un bagno generale, o di un arto con un bagno par-

ziale alla temperatura di 25 centigradi. Prevenendo un'ovvia obbiezione, avverte il Gritti che non saranno per recare imbarazzo all'operatore le illusioni ottiche di volume, di distanza e di direzione che per rifrazione della luce possono avvenire operando sott'acqua, dacchè anche le mani dell'operatore incontrando le stesse modificazioni per rifrazione, ne emerge che fra quelle, e le parti da operarsi si stabilisce un mutuo rapporto di eguaglianza che rende impossibile l'errore di distanza, di volume e di posizione.

Propone l'autore il metodo subacqueo:

- 1° Nella toracentesi per pio-torace;
- 2° Nello svuotamento delle articolazioni per raccolte morbose;
- 3° Nell'estrazione di corpi estranei e di corpi mobili dell'articolazione del ginocchio;
- 4° Nelle tenotomie, aponeurotomie e miotomie;
- 5° Nella flebotomia sottocutanea per cura delle varici.

Ebbe una sola occasione di praticare la toracentesi per pio-torace in una donna che per tal effetto venne messa in un bagno generale; la ferita guarì per prima intensione.

Egli si attiene alla massima di non mai vuotare compiutamente la cavità toracica; la quale massima, è opinione della Commissione, potersi trasandare, come che l'esperienza abbia loro bastantemente dimostrato non esservi di che temere dal compiuto vuotamento, ed essere anzi buon partito effettuarlo tuttavolta che è possibile ad oggetto di raggiungere più efficacemente lo scopo dell'operazione e di cansarne anche eventualmente una seconda.

L'autore presume essere possibile valutare la quantità del liquido estratto computandolo nella proporzione di 40 grammi per minuto allorchè è purulento e viscoso; ammette però essere tale determinazione soggetta a variazioni per circostanze assai numerose. A mente della Commissione, un computo alquanto fondato è ineffettuabile, non potendosi neanche approssimativamente valutare adeguatamente tutte le eccezioni arretrate da così numerose circostanze.

Egli praticò col metodo subacqueo una gonartrocentesi, per esito di gonilite sinistra fino dal 1864; ne uscirono circa 100 gramme di un liquido sieroso-puriforme; al terzo giorno la ferita del trequarti ordinario da paracentesi addominale,

era compiutamente cicatrizzata; lo stesso accadde poco dopo, in seguito alla ripetizione dell'operazione nello stesso individuo.

La tenotomia fu praticata 11 volte dall'Autore collo stesso metodo subacqueo; in nessun caso vi fu suppurazione ma in tutti pronta cicatrizzazione della ferita.

Non ebbe egli ancora opportunità di eseguire col metodo subacqueo l'estrazione di corpi stranieri e corpi mobili del ginocchio, nè la miotomia, e la flebotomia per cura delle varici. L'utilità sua è dunque solamente presuntiva e d'induzione razionale; non già constatata da sperienza clinica come sarebbe necessario per potergli assegnare un reale valore pratico. Nello scopo d'impedire l'azione dell'aria sulle ferite sarebbe egli anche disposto a prolungare il bagno locale e generale lasciandovi il malato a permanenza sino a tre giorni, avendo già la sperienza dimostrato l'innocuità del bagno generale prolungato.

Pare alla Commissione che a vece di prolungare il bagno locale, sarebbe forse migliore spediente di ricorrere dopo terminata l'operazione al metodo del chiudimento pneumatico della parte operata coll'apparecchio apposito del Guérin, che l'autore ha mostrato di conoscere e di apprezzare.

I pensamenti della Commissione in merito ai tre lavori presentati al concorso dal dott. Gritti, si riassumono nel seguente tenore:

L'opuscolo sopra le fratture del femore da armi da fuoco è per suo giudizio un'ottima compiuta monografia sopra tale argomento. L'autore svolse le dottrine da maestro e si chiari clinico assennato e destro. Se come lavoro di compilazione, il suo ha molto pregio trovandosi raccolto e giudicato nel di lui libro quanto di meglio trovasi nelle pubblicazioni sopra le fratture del femore prodotte da armi da fuoco, non ha però una vera impronta originale e nulla trovasi veramente di nuovo, non potendosi come tale qualificare il suo metodo d'amputazione con lembo patellare, essendo già stato da lui pubblicato, come fu detto, negli *Annali universali di Medicina* fino dall'anno 1857.

Per quanto concerne all'operazione della resezione intrabuccale e sotto-periosteale della mandibola inferiore mercè un nuovo processo operativo, le speranze che l'autore fonda sopra di esso, attendono ancora la sanzione delle osservazioni pratiche,

essendo deceduto l'ammalato, nell'unica volta che l'autore ebbe occasione di praticarlo.

Il manoscritto relativo alle operazioni che si praticano sotto l'acqua allo scopo di evitare l'azione dell'aria sulle superficie cruentate, nelle cavità chiuse, e nelle suppuranti, costituisce per certo un lavoro assai pregevole che dimostra il caldo amore professato dall'autore all'arte propria ed il suo spirito inventivo e intraprendente. È però da considerare, che l'autore finora usò praticamente il metodo subacqueo in quelle sole operazioni costituite da una semplice puntura di tre quarti o leggiera incisione lineare come nella toracentesi da lui praticata una sola volta per pitorace; nell'artrocentesi praticata due nello stesso individuo, e finalmente in undici tenotomie. Ora così fatte operazioni sono appunto quelle in cui l'arte nostra possiede mezzi acconci ad impedire l'azione infensa dell'aria nel loro eseguimento. Tutti sanno come nella toracentesi possa facilmente ottenersi l'intento praticandola giusta il processo del Reybard, con un tre quarti avente alla sua cannula fisso per un capo, un pezzo d'intestino (baudruche), che conduca il liquido sgorgante dal torace in un bacino pieno d'acqua, nella quale peschi col suo capo opposto.

La puntura sottocutanea di Giulio Guérin può anche qui rispondere assai bene allo scopo, come risponde nelle artrocentesi e nelle tenotomie alle quali l'autore applicò con felice esito il metodo subacqueo.

La proposta dell'ulteriore applicazione del metodo subacqueo per l'estrazione dei corpi mobili, di corpi stranieri del ginocchio, e per la flebotomia nella cura delle narici, ha solo un valore razionale, non avendo mai l'autore avuto occasione di applicarlo a simili operazioni, nè risultando che finora altri lo abbiano seguito in questa via.

Le operazioni della toracentesi, dell'artrocentesi e della tenotomia nelle quali l'autore usò il metodo subacqueo, essendo praticabili con una semplice incisione lineare o puntura di tre quarti, ben si vede non essere quelle in cui maggiormente importi guarentire le superficie cruentate dal contatto dell'aria al quale scopo il Monrò, citato dall'Autore, già nello scorso secolo proponeva il metodo subacqueo per la cistotomia ipogastrica, e per l'operazione cesarea.

Qualora il metodo subacqueo riescisse applicabile, come

confidà il dott. Gritti, ad operazioni di maggiore cruentazione, egli ben prevede come non solamente nell'atto operativo, ma anche dopo, importasse guarentire le superficie cruentate dall'azione dell'aria, quindi accennò come potrebbesi, occorrendo l'uopo, lasciare la parte operata ed eziandio tutto il corpo nel bagno anche per alcuni giorni impunemente; e diffatti il Langenbeck prof. di clinica chirurgica a Berlino si servì del metodo subacqueo per difendere le parti cruentate dall'azione dell'aria mantenendole dopo le operazioni in un bagno di 25 centigradi.

Se il Monrò che fin dal secolo scorso propose l'applicazione del metodo subacqueo nell'atto operativo, e se il Langenbeck se ne servì da alcuni lustri dopo praticato l'atto operativo, nell'identico scopo di preservare dal contatto dell'aria le parti cruentate, non furono seguiti dai pratici in tal via, convien presumere che tale metodo sia forse esclusivamente applicabile alle operazioni di semplici punture o leggiere incisioni lineari quali sono le eseguite finora dal dott. Gritti e che per le maggiori si incontrino reali difficoltà, sia per rapporto all'atto operativo stesso, sia per rapporto alla durata consecutiva del bagno onde conseguire lo scopo desiderato. Abbiamo osservato che il Gritti prevenendo un'obbiezione, disse che pendente l'operazione, provando la stessa rifrazione di luce tanto le mani dell'operatore quanto la parte da operarsi, si stabilisce un eguale rapporto di rifrazione per cui non sono possibili illusioni ottiche dell'operatore sul loro volume e posizione. La risposta avrebbe valore qualora l'acqua in cui si opera rimanesse perfettamente immobile; ma il suo movimento essendo inevitabile e continuo pendente gli atti operativi, ben si comprende come la direzione dell'asse visuale debba pure ad ogni istante variare e dar luogo alle anzidette illusioni che potrebbero certamente addurre serie difficoltà qualora le operazioni non fossero semplici punture o leggiere incisioni lineari come le finora praticate con felice esito. Aggiungasi l'intorbidamento dell'acqua indotto dal sangue che sarebbe pure inevitabile nel caso di operazioni di maggiore entità.

In conclusione, opina la Commissione, essere innegabile che il lavoro del dott. Gritti sopra le fratture del femore da arma da fuoco costituisce una delle migliori e più compiute monografie che esistano allo stato attuale della scienza, e compe-

tergli meritata lode per aver richiamato dall'oblio l'antico metodo subacqueo del Monrò onde proteggere le superficie cruentate dal nocivo contatto dell'aria, il che forse indurrà altri a seguirlo in questa via, studiando il modo di poterlo applicare nei casi di maggiori cruentazioni, come che per le semplici incisioni e punture alle quali l'Autore finora lo ha applicato, risponda assai bene il metodo sottocutaneo del Guérin già da assai tempo entrato nel dominio dell'arte nostra.

P.

1° *Difficoltà della tracheotomia del Dottor Vittore Legros. Liège, 1867.*

2° (Dello stesso) *Della cura delle Adeniti. Memoria premiata dall'Accademia di Medicina di Parigi.*

3° (Dello stesso) *Cura delle ulcere scrofolose coll' autoplastia. (Manoscritto).*

Il Dott. Vittore Legros prende parte al presente concorso con tre memorie, due stampate e una manoscritta, redatte in lingua francese.

La prima tratta delle difficoltà della tracheotomia; la seconda della cura delle Adeniti; e la terza della cura delle ulcere scrofolose mediante l'autoplastia.

L'Autore fece studi sopra le difficoltà che può presentare l'operazione della *tracheotomia* in talune contingenze pratiche.

Chechè si dica dagli Autori in ordine alla facilità di quest'operazione, egli opina che essa può non di rado presentare serii imbarazzi. Non è suo intendimento di trattenersi sopra tutte le difficoltà che si possono presentare, ma di chiamare in particolar modo l'attenzione dei pratici su quella che può derivare dalla ghiandola tiroide ingrossata ed il pericolo di emorragia proveniente dal suo taglio, cosa che, a mente sua, fu di troppo trascurata dai chirurghi.

In modificazione dell'ordinario procedimento operativo egli propone di prescindere dal taglio del lobo mediano o istmo della ghiandola tiroide, allorchè è normalmente sviluppato, di mettere in disparte il bistouri quando si è giunto a questo punto dell'operazione, di valersi della sonda scanalata onde mettere a nudo la trachea distaccando via via dall'alto al basso, secondo la saggia lentezza del Trousseau, l'istmo tiroideo per procedere quindi al taglio degli anelli tracheali.

Lo scopo dell'Autore è di cansare l'emorragia a cui può dar luogo il taglio dell'istmo tiroideo, e dice di averlo compiutamente ottenuto, e di aver quasi operato a secco, praticando la tracheotomia sopra una ragazza di quattro anni avente la ghiandola tiroidea ingrossata, nella cui trachea era penetrato un corpo straniero.

Il sollevamento dell'istmo tiroideo, oltre al vantaggio di evitare l'emorragia del taglio, avrebbe altresì quello di assicurare l'incontro della trachea in quei casi in cui questa è progettata lateralmente da uno dei lobi ingrossati della tiroide; riferisce in prova un caso occorso al Gosselin a cui non venne fatto di penetrare in trachea, ed il malato morì di soffocazione, perchè la trachea era stata fortemente progettata a sinistra dal lobo destro canceroso della ghiandola tiroide.

Il Jobert de Lamballe introdusse nel suo manuale operativo la modificazione proposta dal Legros per la tracheotomia nei casi eccezionali di ghiandola tiroide ingrossata, e ciò fu nell'anno 1851, in seguito all'aver trovato l'istmo tiroideo così ingrossato da prolungarsi in basso sino al dissotto dello sterno praticando la tracheotomia sopra una signora a cui sgraziatamente era penetrato un nocciolo di pruna entro alla trachea. Prese allora il partito di staccare dall'alto al basso il lobo medio tiroideo, e poté così compiere la sua operazione senza praticarne il taglio, evitando la temuta emorragia.

Il Dott. Legros si suffraga ancora dell'autorità del Dottor François di Abbeville il quale nell'anno 1857 comunicò all'Accademia Medica di Parigi un caso di tracheotomia per gozzo parenchimatoso soffocante, nella quale, prescindendo dal taglio, si appigliò al partito di sollevare la ghiandola tiroide per scoprire la trachea.

La modificazione anzidetta al metodo ordinario dell'operazione della tracheotomia ha per certo un merito nei casi eccezionali di ipertrofia o di altre alterazioni per cui la ghiandola tiroide è accresciuta di volume, e segnatamente quando comprime o sposta la trachea.

Ma qui si presenta assai ovvio un dilemma. O il Dott. Legros non aveva ancora fatto conoscere la sua modificazione operativa allorchè la tracheotomia fu con tale modificazione praticata nel 1851 da Jobert di Lamballe e nel 1857 da François di Abbeville, ed allora perde il merito dell'iniziativa os-

sia della priorità; oppure il Legros già aveva fatto conoscere tale pratica, ed allora la sua proposta non avrebbe più carattere di attualità e non potrebbesi almeno moralmente comprendere nel triennio 1865-67 del presente concorso, checchè si possa legalmente pretendere in contrario stante la pubblicazione del suo opuscolo nel 1867.

Ad ogni modo questa modificazione al metodo ordinario della tracheatomia, di chiunque ne sia realmente il merito, ha solo un valore eccezionale nelle contingenze di ingrossamento anormale della ghiandola tiroide; essa è conosciuta nella pratica chirurgica da più di due lustri, per confessione stessa dell'Autore, e non può altrimenti essere considerata se non come uno di quelli spedienti che sorgono per felice ispirazione nell'animo degli operatori sagaci ed animosi nelle difficili e talvolta imprevedute contingenze della pratica operativa.

Della cura delle adeniti.

La seconda memoria *sulla cura delle adeniti* fu stampata a Parigi nell'anno 1865, ma essendo stata nell'anno precedente presentata all'Accademia Imperiale di Medicina che la premiò nella sua seduta dei 13 dicembre dello stesso anno 1864, sorge la questione preliminare, come già per quella del Dottor Copello sulla *trasfusione sanguigna* di cui abbiamo fatto parola, se il fatto della presentazione alla detta Accademia che la esaminò, e ne giudicò il merito scientifico, non debba ritenersi come una pubblicazione fattane nell'anno stesso, ragione per cui debba legalmente essere eliminata dal concorso al secondo premio Riberi circoscritto al triennio 1865-66 e 67.

I membri della Commissione, secondo che fecero per la Memoria del dott. Copello, versante in identiche condizioni, deferiscono il giudizio in proposito al senno di questa R. Accademia, trattandosi di una questione di principio che può formare precedente nella valutazione dei titoli legali dei candidati che si presentano ai concorsi.

Il presente lavoro sulla cura delle adeniti entra piuttosto nel campo della patologia generale che non in quello della chirurgia operativa propriamente detta, che forma il programma del presente concorso, fatta solo eccezione dell'ultimo capitolo, nel quale l'Autore propone una sua modifica-

zione alle conosciute pratiche di sutura nella cura dei traggiti fistolosi, che è quella stessa che forma argomento speciale della terza sua memoria inviata al concorso, *sopra la cura delle ulcere scrofolose*, della quale prossimamente si farà parola.

Per tale considerazione, che la materia di questa seconda memoria non entra, propriamente parlando, nel programma del concorso, non credette la Commissione di doversi intrattenere nell'estimazione speciale delle dottrine delle due sezioni in cui è diviso il presente lavoro, la prima delle quali contiene cinque capitoli e tratta delle adeniti non suppurate, e la seconda ne contiene dodici, e tratta delle adeniti suppurate. È un'erudita e compiuta monografia sulla terapeutica delle adeniti, nella quale l'Autore esamina partitamente ad una ad una le varie note pratiche curative, le valuta scientificamente e praticamente, mostrandosi perfetto conoscitore dell'argomento che prese a trattare. Tuttochè accurato nello spigolare e nell'esporre acconciamente quanto di buono e di utile trovasi sull'argomento sparso nella letteratura medica, non manifesta originalità di concetti, e segue commentando le dottrine di Boyer, Richerand, Swediaur, Velpeau, Maligne, Ricord, Denonvilliers e Gosselin, dimenticando affatto quanto di buono e di utile fu dagli Italiani pubblicato sopra simile argomento.

Nella terza memoria manoscritta, l'Autore tratta in modo particolare, come fu detto, della sutura preaccennata che egli chiama a *spilli laterali*, colla quale ha in mira di far rivivere una pratica già caduta in oblio, mediante un duplice sistema, uno dei quali partecipa della sutura *incavigliata* e dell'*attortigliata*, e l'altro imita la *intercisa* dell'antica scuola di Fabrizio d'Acquapendente e di Heistero.

Adducendo nove osservazioni tra le due memorie, di pratica applicazione dell'anzidetta sutura che pretende utilmente sostituibile all'*attortigliata* onde promuovere la cicatrice delle ulcere scrofolose che egli si ripromette lineare, regolare, non deforme. La crede preferibile alle ordinarie nella *perineorafica*, nella *cheiloplastica* dopo l'esportazione del cancro labiale e dopo l'operazione del labbro leporino.

Sarebbe utile aver sott'occhio la figura grafica esistente nella seconda memoria stampata onde farsi chiaro concetto di questa foggia di sutura.

Si introducono due spilli da entomologista a qualche distanza dei due lati della ferita parallelamente a questa, facendoli scorrere sotto i tegumenti in modo da descrivere una specie d'arco. Alle due estremità si hanno così fuori della cute, ad una il capo, ed all'altra l'apice dello spillo, li quali offrono due punti fissi d'appoggio per un doppio filo cerato che si fissa con un'ansa della sua parte mediana facendone passare i capi sotto le due estremità sporgenti dello spillo più basso, si incrociano i capi nel mezzo della ferita e si riconducono sotto le estremità sporgenti del secondo spillo più alto dove si pratica il nodo, od altrimenti i due capi sono portati direttamente dall'uno all'altro spillo, e sono fissati parallelamente ai medesimi.

Nei casi di tale lunghezza della ferita per cui non fosse sufficiente un solo punto di sutura, l'Autore ne praticerebbe un secondo con due altri spilli, e così successivamente.

I vantaggi che egli attribuisce a questa sutura sarebbero: la tenuità del dolore per l'ammalato; mancanza di irritamento delle labbra della ferita dacchè gli spilli stanno infissi a distanza, e non penetrano tra esse come nelle suture ordinarie; non possibile soluzione di continuo di esse labbra per effetto dei punti della sutura; facilità di restringere all'uopo o di allontanare il nodo senza toccare la ferita; vantaggio infine d'aver sempre quest'ultima sotto gli occhi.

Ebbe l'Autore eziandio il pensiero di sostituire alli spilli un sottile filo d'argento condottovi mediante l'ago di Simpson e di portare a combaciamento i margini della ferita tirando sui capi di questi fili che si annodano torcendoli insieme.

Egli dà preferenza a questa sua foggia di sutura colla quale dice avere talora riparato acconciamente ad insuccessi avuti dalla ordinaria sutura attortigliata.

Ammette il D. Legros stesso che questa foggia di sutura non era del tutto ignota agli antichi, e che di essa accenna il Dionis nel suo trattato d'operazioni stampato nel 1740, dove facendone una seconda specie dell'attortigliata, avverte, differenziare dalla prima in che gli spilli son posti parallelamente ai margini della ferita a vece di traversarli nella loro spessezza.

Il D. Legros ha il merito di aver chiamata l'attenzione dei chirurghi sopra questa specie di sutura, e di avere con pra-

tiche osservazioni dimostrato come forse immeritamente sia stata del tutto condannata all'oblio.

Se poi nelle occasioni pratiche accennate dall'Autore, essa abbia reali titoli per essere preferita all'*attortigliata* ed alle altre specie conosciute, la Commissione non sarebbe in grado di asserire, non avendo i suoi membri avuto occasione di praticarla e di formarsi al proposito un proprio criterio. Pensando però come le suture in uso applicate secondo l'opportunità, rispondano assai bene nelle varie contingenze pratiche, nasce il dubbio, se i chirurghi siano per disporsi a seguire l'Autore nella via da lui additata. Non deve però essere taciuto il merito dell'Autore, di aver fatta utilmente intervenire la sutura nel trattamento delle ulcere scrofolose, croniche, sinuose e fistolose; e di questa sua proposta dovranno certamente tener conto i pratici, avendola avvalorata da fatti clinici meritevoli di tutta la loro attenzione.

Q.

- 1° *Modificazione del sciringone per l'operazione della pietra.*
- 2° *Primo uretrotomo esterno, del dottore Petrilli Raffaele da Napoli.*

Il sciringone proposto dal dott. Petrilli differisce dagli ordinari nella foggia della scanalatura la quale presto si restringe mediante il ripiegarsi dei margini in basso in forma tubulare solo lasciando una fessura per guida del cistotomo il quale, mercè di un bottone o capocchia che porta alla sua punta è obbligato a trascorrere in detta parte tubulare conduttrice senza deviamiento. Il cistotomo ha la forma triangolare a guisa dei cheratotomi con 38 millimetri di lunghezza dei quali solo 29 taglienti e 12 millimetri di larghezza alla base.

L'autore ha mirato con queste modificazioni ad impedire l'accidente dello sviamento della punta del cistotomo e quello della ferita della vescica per soverchia spinta del medesimo. Nella storia dell'arte non mancano proposte dirette allo stesso scopo che potrebbero togliere a questa il pregio dell'originalità.

Con alquanta cautela è evitabile il deviamiento del cistotomo e si può ovviare all'eventualità della puntura della ve-

scica adoperando un bistouri bottonato. La proposta è ciò stante per sè di poco momento. Incorre inoltre negli inconvenienti attribuibili al taglio dall'avanti all'indietro o dall'esterno all'interno, e sarebbero necessari cistotomi di varie dimensioni, senza del che il taglio riescendo sempre di una stessa dimensione non potrebbe soddisfare alle varie contingenze pratiche.

Coll'*uretrotomo esterno* che l'autore dice *primo*, egli non ha in mira l'eseguimento dell'operazione detta della bottiniera, ma solo intende agevolare l'uretrotomia esterna nella cura degli stringimenti uretrali, quando furono esauriti tutti gli altri mezzi curativi compresa l'uretrotomia interna.

La difficoltà principale consistendo nell'aprire l'uretra dall'esterno, egli immaginò di aprirla dall'interno all'esterno coll'anzidetto suo strumento.

L'autore non avendo presentato il suo strumento, nè un disegno grafico resta alquanto malagevole il formarsene un esatto concetto.

Una cannula rettilinea del diametro di mezzo centimetro e della lunghezza di 25, contiene nel suo interno un astuccio o stiletto lungo 31 centimetri che si può far avanzare o retrocedere mediante movimenti particolari del manubrio dello strumento.

L'astuccio o stiletto porta alla sua estremità o punta due lame a guisa di forbice, una delle quali si continua e prolunga come un dardo di due centimetri di lunghezza, largo mezzo, fatto in modo da potersi curvare a semicerchio all'uscire dalla cannula; dette lame sono lunghe tre centimetri e mezzo e larghe poco meno di mezzo centimetro. Questa forbice può uscire e rientrare nella cannula mercè appositi movimenti del manubrio dello strumento; nell'uscire le sue lame si aprono, e si chiudono nel rientrare.

Ecco l'atto operativo. Si introduce nell'uretra la cannula sino contro lo stringimento, si consegna quindi ad un assistente che con una mano la mantiene in sito e coll'altra sostiene perpendicolarmente il pene. L'operatore con un bistouri fa il taglio esterno senza interessare l'uretra, ciò fatto l'operatore si pone a sinistra dell'operando, e con una mano tocca il punto dello stringimento e muove coll'altra il manubrio facendo avanzare la forbice, la lama inferiore o dardo scatta

e divergendo perfora colla sua punta l'uretra a livello dello stringimento; seguitando lentamente i movimenti del manubrio questa lama continua ad avanzarsi di dentro a fuori, mentre l'altra restata dentro l'uretra forza e taglia il restringimento, ed intanto la parete dell'uretra viene a trovarsi tra le due lame della forbice sicchè ne viene ad essere recisa.

L'autore non addusse fatti pratici che sarebbero indispensabili per poter emettere un giudizio in merito del suo strumento. Non avendo neppure lo strumento sotto gli occhi nè un disegno del medesimo, la Commissione non ha sufficienti criteri per pronunciarsi se non in via razionale o di induzione e questa non sarebbe guari favorevole circa al valore pratico del nuovo strumento.

Per verità siccome è necessario che la lama superiore della forbice si insinui nello stringimento, è chiaro che con tale possibilità, è tuttavia praticabile l'uretrotomia interna e che si può conseguentemente prescindere dall'esterna che l'autore stesso consiglia eccezionalmente nei casi che la prima sia impraticabile.

Così essendo, non saprebbesi più trovar caso per l'applicazione dello strumento proposto dall'autore.

La Commissione convenne perciò nelle seguenti conclusioni:

1° La modificazione per la cistotomia lateralizzata è una invenzione non originale e di poco valore pratico;

2° Lo strumento per l'uretrotomia esterna rivela nell'autore una mente inventiva, ma attesi i reali progressi attuali dell'uretrotomia interna è assai dubbioso se possa trovare un'utile applicazione nella pratica.

R.

Sunto Iconografico-speculativo sull'Oftalmoiatria, sulla Cistotomia ed Angiosindesmologia. Manoscritto del dottor Giuseppe Bertolini medico di Reggimento, dedicato alla memoria del Prof. Alessandro Riberi.

Sentendo l'autore inclinazione alla meccanica ed all'arte grafica incominciò a disegnare gli organi del corpo umano e gli strumenti di chirurgia fino dal tempo de' suoi studii medico-chirurgici che compì in Palermo nel 1844. Proseguendo

in così fatte geniali occupazioni, ed acquistando sempre nuove cognizioni col frequentare le cliniche dei grandi ospedali di Napoli, si trovò, tre anni dopo ottenuta la laurea, vale a dire nel 1847, autore, egli dice, di un libro figurato che intitolava, *Atlante-Notomico-Chirurgico-Farmaceutico*; egli andava sempre via via ampliando il suo lavoro a misura che progrediva negli studi e nell'esercizio pratico; quando ne fu distolto per ragione del suo impiego di medico militare, che lo obbligò ad abbandonare Napoli, e seguire il proprio reggimento nelle varie destinazioni. Nel 1861, essendo egli entrato come medico militare, a far parte dell'esercito nazionale, venne in pensiero di rassegnare il suo lavoro all'illustre presidente del Consiglio superiore militare di sanità il prof. Riberi, ma non potè avere tale soddisfazione per l'inattesa morte di questi avvenuta pochi mesi dopo. Si determinò allora a prender parte col suo *Sunto Iconografico* sulla Ottalmoiatria, Cistotomia ed Angiosindesmologia, al presente concorso pel secondo premio Riberi che ha per tema la chirurgia operativa.

Il lavoro del dottore Bertolini è incompiuto giacchè delle tre parti da cui doveva essere costituito, solo vi si tratta della prima, cioè dell'Ottalmoiatria e per nulla della Cistotomia e della Sindesmologia.

L'autore se ne scusa affermando esserne stato distolto dalle esigenze del proprio impiego e dalla vita nomade a cui fu obbligato, come medico militare, e riconosce egli stesso essere l'opera sua monca, inesatta e non esente da errori.

La Commissione prese accurata cognizione del presente *manoscritto* e fissò in particolar modo la sua attenzione, giusta l'invito fatto dall'autore, sopra il cheretotomo da lui modificato, gli estrattori della lente cristallina e gli iridectomi, che trovansi designati colle figure 49, 53, 62, 66, 71 e 80.

La Commissione non fa appunti all'autore di inesattezze e di errori, giacchè questi ha la lealtà di accusarsene per il primo. Non vi è dubbio, che se non gli fossero, per varie contrarietà, mancate le occasioni di proseguire gli studii ed i lavori intrapresi da giovane per naturale inclinazione e con molto amore, l'opera sua avrebbe potuto riescire compiuta, di maggiore perfezione e di reale vantaggio alla chirurgia operativa alla quale si è specialmente consacrato.

Non ravvisò la Commissione nel manoscritto anzidetto alcuna nuova idea od essenziale modificazione ai metodi e processi operativi già noti dell'estrazione della cataratta e della iridectomia: gli strumenti a tale effetto da lui destinati sono, per confessione propria, alquanto complessi e di difficile maneggio. Vero è che l'autore si limita modestamente a fare proposte, senza pretendere dar loro la sanzione dell'esperienza pratica, che attende tuttavia dal tempo.

S.

Vaccina. Maniera di vaccinare per impedire gli insuccessi ed i risultati funesti che si osservano col metodo ordinario del D. Martineng.

L'autore accenna al pericolo che si può correre di comunicare, nell'atto dell'innesto, insieme al vaccino qualche altro principio diatesico o virulento. Avvisando, che il vaccino puro giammai non può essere causa del lamentato inconveniente, e che il vaccino solo esiste in istato di purezza nelle cellule superficiali della pustola vaccinica, propone alcune prudenti avvertenze nella sua estrazione che non sono d'altronde nuove, e che s'accordano con quelle generalmente raccomandate a tale proposito.

Senza entrare a discutere l'opinione emessa dal Martineng se la linfa jenneriana pura si trovi solamente nelle cellule superficiali della pustola vaccinica, avuto riguardo che l'argomento trattato non appartiene propriamente alla chirurgia operativa sopra la quale verte l'attuale concorso, e che evidentemente sono pure egualmente fuori del programma tre altri lavori da lui presentati, intitolati; il primo: *Supplément au choléra de Toulon de 1835 à propos de l'épidémie de Marseille de 1865*; il secondo *Addition au choléra de Toulon de 1835*; ed il terzo; *Appendice au choléra de Toulon de 1835*, la Commissione deve rappresentare alla R. Accademia, che non ravvisa nell'autore i voluti titoli per prendere parte all'attuale concorso.

T.

Laringoscopia e chirurgia laringoscopica del prof. Bruns di Tubinga.

Quest'opera costituisce tutto un corpo di scienza intorno alla chirurgia laringoscopica. Essa è compresa in un elegante

volume di 443 pagine, stampato in tedesco con una traduzione manoscritta in francese, e un'appendice comprendente osservazioni pratiche ed un atlante con parecchie tavole nelle quali sono graficamente rappresentati l'anatomia della laringe normale, l'apparecchio laringoscopico, gli strumenti per le singole operazioni ed i vari neoplasmi che per mezzo della laringoscopia vennero praticamente riconosciuti nell'organo vocale. Il tutto per esattezza d'esecuzione, precisione e chiarezza nulla lascia a desiderare.

Il testo è diviso in tre parti distinte con una dotta, erudita e ben pensata introduzione nella quale si trovano importanti notizie storiche e critiche intorno alla scoperta della *laringoscopia* ed alle progressive sue fasi di perfezionamento.

Tutta la prima parte dell'opera è destinata alla laringoscopia; le modificazioni fatte dall'autore al porta specchio lo rendono preferibile ad altri già conosciuti, malgrado delle tre sue dimensioni forse potrà difficilmente bastare per tutti i casi, ed è assai probabile che in qualche congiuntura, malgrado l'ampiezza dello specchio, l'ugola venga a farsi procidente in avanti rendendo così necessario il fissatore dell'ugola chechè l'autore dica in contrario.

Il gabinetto laringoscopico del Bruns ben si può dire soddisfatti a tutte le esigenze. Egli preferisce l'illuminazione artificiale ed il relativo apparato è studiato con accuratezza e spirito di sana critica. Il manualismo operativo nelle varie parti è chiaramente descritto; è poi destinato un capitolo per l'autolaringoscopia che, trattandosi di malati intelligenti, può trovare utilissime applicazioni.

Colla scorta dello specchietto laringoscopico l'autore studia dapprima lo stato normale delle cavità buccale, faringea e laringea, descrivendole esattamente e nulla lascia sfuggire che possa interessare il fisiologo, il medico ed il chirurgo.

Nella seconda parte sono esaminate tutte le modalità morbose della laringe, incominciando dalle neurosi e dai catarri sino alle neoplasie ed alle stenosi, dalla semplice flogosi sino all'ulcera cancerosa; sono passate in rassegna le indicazioni terapeutiche secondo la loro natura e grado, e seguono alcune considerazioni generali sulle relative operazioni laringoscopiche e sugli strumenti alle medesime inservienti.

Un lungo capitolo è destinato al procedimento della caute-

rizzazione fatta coll'applicazione di liquidi e polveri introdotti col pennello, coll'iniezione, coll'insufflazione e con caustici solidi portati direttamente con speciali strumenti ed appositi procedimenti tecnici.

Nelle malattie della laringe e massime per lo sviluppo di neoplasmi occorrono punture, incisioni, compressioni, legature e l'Autore ebbe ad inventare alcuni ingegnosissimi strumenti alle varie operazioni destinati; bistouri, cesoie, pinzette, raschiatoi, portarefi, che sono abilmente descritti nel testo e fedelmente rappresentati in alcune figure, e quel che è meglio ancora disposti in apposita cassetta che pure presentò alla nostra Accademia. L'esame di essi singoli in relazione allo scopo terapeutico chiariscono nell'Autore il vero talento del meccanismo strumentale senza del quale nessuno può vantarsi di essere perfetto operatore.

Nell'esame di questi strumenti cotanto ingegnosi e così bene eseguiti si prova un grato sentimento di meraviglia nello scorgere come la mano dell'artefice abbia così egregiamente saputo rispondere al pensiero che li ideava, come scienza ed arte si siano armonicamente congiunte, ed abbiano così felicemente gareggiato la speculazione della mente ed il buon gusto artistico.

Nulla fu dimenticato dal sapiente prof. di Tubinga; ivi trovansi le applicazioni dinamo-galvaniche e termo-galvaniche nella cura delle malattie della laringe; trasse partito delle ultime scoperte fisico-chimiche e terapeutiche per cui figurano, e la luce del magnesio nella laringoscopia, e la galvano-caustica nell'allacciatura e taglio dei tumori, e le iniezioni sottomucose della laringe ad imitazione delle iniezioni ipodermiche che sono così utile acquisto della moderna terapeutica.

La terza parte è tutta destinata alle pratiche osservazioni: diciassette sono esattamente riferite nel volume stampato. Altre 23 si trovano in un'appendice manoscritta francese. Da questi fatti clinici esattamente esposti sono chiariti i reali progressi dalla chirurgia laringoscopica dovuti all'Autore. Il dott. Voltolini, severo critico del prof. Bruns, confessa che questi *con grande pazienza e destrezza superò gravissime difficoltà, introducendo molte innovazioni, ed aprendo nuove vie all'arte del chirurgo.*

Curiose ed interessanti sono le storie cliniche, dalle quali

si scorge come ammalati sofferenti da mesi e da anni di dispnee, raucedine, afonia contro cui tornarono infruttuosi tutti i conosciuti presidii terapeutici, siano riesciti a guarigione mediante soccorsi operativi del prof. Bruns.

Benchè in ordine alla storia anamnesticca di taluni ammalati il prementovato dott. Voltolini abbia con qualche verità appuntato il Bruns di alcune inesattezze; i risultati positivi da questi indubitatamente ottenuti ed attestati da colleghi stanno pur sempre in di lui favore, e mettono fuori dubbio il reale valore de'suoi atti operativi.

Vero è che le osservazioni esatte laringoscopiche e l'eseguimento delle varie operazioni non potranno mai essere di dominio generale, e che la comune dei chirurghi dovrà forse astenersene per le difficoltà tecniche delle medesime, e l'abitudine che richiedono e la specialità dei mezzi di esplorazione e degli stromenti varii a tali operazioni necessari. Ma ciò anzichè attenuare, accresce, a mente della Commissione, il merito del Bruns, il quale altronde in pochi anni, trovò di già molti seguaci ed imitatori animosi che tutti, chi più chi meno, eseguirono con successo varie simili operazioni.

Il prof. Bruns non men che operatore abile, ingegnoso, ardito e fortunato, mostrasi medico dotto, e perfetto conoscitore dei progressi dell'arte nostra nei varii suoi rami; è cosa incontestabile che egli fece progredire questo importante ramo della chirurgia operativa praticando se non pel primo, certo su più ampia scala che nessun altro prima di lui, estirpazioni di neoplasmi ed altre delicate operazioni sulla laringe passando per le vie naturali, ed evitando così tutti i pericoli e gli inconvenienti relativi alla laringotomia, unico presidio che prima si avesse nell'imbarazzo della respirazione per tumori sedenti nell'organo della voce. Si può dire, che per opera sua, la chirurgia laringoscopica diventerà una vera specialità di medicina operativa, sì e come il sono l'oculistica, l'oteiatria, l'arte ostetrica e simili.

L'opera del Bruns segna ciò stante un'epoca nella storia della chirurgia operativa e sancisce un reale progresso nella specialità dell'argomento come che l'armamentario chirurgico resti da lui accresciuto di varii ingegnosi stromenti o inventati od utilmente modificati; e siano introdotte nella terapeutica chirurgica alcune nuove operazioni o modificazioni di al-

tre già conosciute, la cui utilità egli ha dimostrato colla storia di numerose osservazioni pratiche di molto pregio.

Ha qui termine la presente Relazione generale sopra tutti i lavori dei concorrenti al secondo premio Riberi. Desiderosa la Commissione di corrispondere nel miglior modo che per lei si potesse, alla fiducia di questa Reale Accademia che le affidò l'onorevole mandato, diede opera con tutta sollecitudine e solerzia al suo adempimento, proponendosi di procedere con equa lance, così nella designazione delle mende dei varii lavori, come nella distribuzione della lode ai singoli candidati.

Le conclusioni sommarie o riassuntive, che si trovano alla fine delle relazioni parziali esprimono il giudizio collettivo dei membri della Commissione, quale venne concordemente formulato dopo accurate analisi, ponderati apprezzamenti, e mature discussioni sopra i singoli lavori dei concorrenti.

Spera essa perciò di avere forniti all'Accademia gli elementi necessari onde formarsi un concetto proprio sul valore scientifico e pratico delle singole opere inviate al concorso, ed arguire conseguentemente intorno al merito relativo dei singoli candidati.

In ordine al quale merito relativo non essendo riesciti di unanime consentimento tutti i membri della Commissione si dovette cercare per via di votazione segreta, su quale dei candidati sarebbesi riunita la maggioranza dei suffragi.

Ciascun membro della Commissione ebbe facoltà di apporre sopra una scheda, il nome di tutti quei candidati, a mente sua, reputati in egual grado meritevoli del premio. Riunite tutte le schede, e fatto lo scrutinio ne risultò la seguente distribuzione di voti:

Al dottore Marcacci	. . .	uno
Al dottore Gritti	. . .	uno
Al dottore Borelli	. . .	uno
Al dottore Giordano	. . .	due
Al professore Bruns	. . .	sette

La maggioranza dei suffragi essendo riescita a favore del professore Vittorio Bruns, che da tutti i membri della Commissione venne annoverato fra i meritevoli del premio, ha que-

sta l'onore di subordinare a questa Reale Accademia il proprio avviso, essere al medesimo devoluto il premio del secondo concorso Riberi sulla chirurgia operativa.

Torino, 8 dicembre 1868.

I membri della Commissione

P. PASERO

PERTUSIO

L. BRUNO

TIBONE

GAMBA

OLIVETTI

P. MARCHIANDI Segr. Relatore.

Prof. GIO. STEFANO BONACCORSI

MORICGIA Segr. Part.

DELIBERAZIONE DELLA ACCADEMIA

L'Accademia Reale di Medicina udita la lettura di questo Rapporto nelle Sedute del 18, 19, 22 e 23 dicembre 1868 volgeva ringraziamenti alla Commissione esaminatrice ed al di lei Segretario relatore in particolare. E dopo una discussione, che occupò intiera la tornata del 30 dicembre 1868 procedeva alla votazione per schede segrete; sui diciannove presenti, quattordici avendo approvato il Rapporto della Commissione, *il Professore Vittorio Bruns di Tübinga venne dal Presidente proclamato vincitore del secondo premio Riberi.*

Il Presidente dell'Accademia

Prof. GIO. STEFANO BONACOSSA

MORIGGIA Segr. Part.

115133



Estratto dal Giornale della R. Accademia di medicina
di Torino — N. 1 del 1869

Libreria del Giornale della R. Accademia di medicina
di Torino - N. 1 del 1868

